Aus der Universitätsfrauenklinik Würzburg.
Direktor: Professor Dr. C. J. Gauß.

Verhütung der unnötigen Laparotomie durch Abrasio bei Verdacht auf Tubargravidität.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Theodor Buhlig

aus Göggingen-Augsburg.

1940

Buchdruckerei Richard Mayr, Würzburg.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Berichterstatter: Professor Dr. C. J. Gauß.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

In vielen Fällen läßt sich die Diagnose „Tubargravidität“ verhältnismäßig leicht stellen. Leider ist dies aber nicht immer so; ja in einem gewissen Teil der Fälle kann die Diagnose außerordentliche Schwierigkeiten bereiten. So wird ein großer Prozentsatz der Extrauteringraviditäten mit falscher Diagnose in die Kliniken eingeliefert, und auch in der Klinik muß manchesmal die Probelaparotomie zur endgültigen Entscheidung herangezogen werden. An der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg wird daher die Abrasio bei Verdacht auf ektopische Schwangerschaft weitgehend angewandt, um die Art der Erkrankung vor der Operation durch die histologische Untersuchung des Endometriums zu klären. Aus dem Krankengut vom 1. 1. 1923 bis 1. 7. 1932 berichten Werner Schultes über 58, vom 2. 7. 1932 bis 31. 12. 1938 Kurt Bohlander über 66 Fälle, bei denen wegen Verdacht auf Tubargravidität operiert wurde. Bei allen diesen 124 Fällen wurde die Abrasio entweder mehrere Tage vor der Operation oder in gleicher Sitzung vorgenommen; das Ergebnis der Abrasio konnte bei den in gleicher Sitzung abradierten Fällen natürlich nicht für die Indikation zur Operation herangezogen werden; jedoch dienten diese Fälle nachträglich der Statistik über die Bedeutung der Abrasio für die Diagnose Tubargravidität. Durch die Operation wurde in 93 Fällen (75%) die Diagnose Tubargravidität bestätigt; die Abrasio hat in diesen 93 Fällen ergeben (die nicht eingeklammerten Prozentzahlen sind auf die von Schultes berichteten 42 Fälle, bezw. die von Bohlander berichteten 51 Fälle, die eingeklammerten Prozentzahlen auf die Summe der von diesen beiden Autoren berichteten 93 Fälle berechnet.

Schultes:	Decidua ohne Zotten,	in 22 Fällen	= 52%	(23,7%)
	Fragliche Decidua	„ 3 „	= 7%	(3,2%)
	Keine Decidua	„ 17 „	= 41%	(18,3%)
Bohlander:	Decidua ohne Zotten	„ 31 „	= 60%	(33,3%)
	Fragliche Decidua	„ 5 „	= 10%	(5,4%)
	Keine Decidua	„ 15 „	= 30%	(16,1%)

Für die Indikation zur Operation brauchbar ist der histologische Befund „Decidua ohne Zotten“, d. i. in 53 (22 + 31) Fällen (57%).

In den restlichen 31 Fällen (25%) beider Autoren wurde die Diagnose Tubargravidität durch die Operation nicht bestätigt und es ist in diesen Fällen also unter falscher Diagnose operiert worden. Das Abrasionsergebnis dieser 31 Fälle war folgendes (die nicht eingeklammerten Prozentzahlen sind auf die von Schultes berichteten 16 Fälle bzw. die von Bohlander berichteten 15 Fälle, die eingeklammerten Prozentzahlen auf die Summe der von diesen beiden Autoren berichteten 31 Fälle berechnet):

Schultes:	Decidua mit Zotten	in 4 Fällen	= 25%	(12,9%)
	Fragliche Decidua	in 1 Fall	= 6%	(3,2%)
	Keine Decidua	in 11 Fällen	= 69%	(35,5%)
Bohlander:	Decidua mit Zotten	in 6 Fällen	= 40%	(19,4%)
	Fragliche Decidua	in 0 Fällen	=	—
	Keine Decidua	in 9 Fällen	= 60%	(29)%

Als Gegenindikation für Operation verwertbar ist der histologische Befund „Decidua mit Zotten", d. i. in 10 (4 + 6) Fällen (32,3%).

Das Ergebnis der Dissertationen von Schultes und Bohlander soll in folgender Tabelle zusammengefaßt werden. Die Prozentzahlen sind auf die Gesamtzahl von 124 Fällen berechnet.

	Histolog. Befund	Schultes	Bohlander	Summe
Operativ bestätigte Tubargravidität	Decidua ohne Zotten	22 Fälle 17,8%	31 Fälle 25%	53 Fälle 42,8%
	Fragliche Decidua	3 Fälle 2,4%	5 Fälle 4%	40 Fälle 32,2%
	Keine Decidua	17 Fälle 13,7%	15 Fälle 12,1%	
Operativ nicht bestätigte Tubargravidität	Decidua mit Zotten	4 Fälle 3,2%	6 Fälle 4,8%	10 Fälle 8%
	Fragliche Decidua	1 Fall 0,8%	0 Fälle	21 Fälle 17%
	Keine Decidua	11 Fälle 8,9%	9 Fälle 7,3%	
Summe		58 Fälle 46,8%	66 Fälle 53,2%	124 Fälle 100%

Aus der Tabelle ergibt sich, daß in 63 Fällen (50,8%) der histologische Befund (Decidua ohne Zotten und Decidua mit Zotten) für die Diagnose verwertbar ist; die restlichen 61 Fälle (49,2%) mit dem histologischen Befund „fragliche Decidua" bzw. „keine Decidua" sind nicht verwertbar.

Die Aufgabe meiner Arbeit ist, diejenigen von Schultes und Bohlander nicht berücksichtigten Fälle zu ergänzen, bei denen die Operation nach der Abrasio unterblieben ist; entweder, weil das Abrasionsergebnis eindeutig ergab, daß keine Tubargravidität vorlag, oder weil durch den sonstigen Befund und den Verlauf — selbst wenn angesichts des Abrasionsergebnisses der Verdacht bestehen blieb — eine Tubargravidität doch mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden konnte, oder weil die Operation von der Patientin verweigert wurde.

Im I. Teil (A) der Arbeit sollen an Hand des Schrifttums die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten und die diagnostischen Hilfsmittel besprochen werden. Dabei wird zuerst die Anamnese über Blutungen, Beschwerden und frühere Erkrankungen Erwähnung finden; dann wird der Tastbefund und anschließend die Bedeutung der Douglaspunktion erörtert; dann werden mehrere Untersuchungsmethoden aufgeführt, die der frühen Erkennung einer ektopischen Gravidität dienen sollen mit besonderer Berücksichtigung der Abrasio und der Bedeutung der Decidua.

Im 2. Teil (B) werden alsdann die an der Würzburger Universitätsfrauenklinik in der Zeit vom 1. 1. 23 bis 31. 12. 38 beobachteten Fälle, bei denen nach der Abrasio die ursprünglich erörterte Operation unterblieben ist, mitgeteilt und besprochen.

A. Schrifttum.

1. Anamnese.

a) Blutung.

Für die Erkennung einer Tubargravidität muß der Blutungsanamnese große Bedeutung zugesprochen werden. Hierauf ist besonders von Buschbeck und Werth (zit. nach Buschbeck) hingewiesen worden. Werth unterscheidet 3 Hauptgruppen: a) Beginn der Dauerblutung als rechtzeitig einsetzende Menstruation, b) verfrühter Eintritt dieser Blutung vor Ablauf eines Menstruationsintervalles, c) Erscheinen der Dauerblutung nach mehrmaligem Ausbleiben der Menstruation. Buschbeck stellt auf Grund der Inaugural-Dissertation von W. Kübert (Würzburg) 3 verschiedene Typen auf, die sich aus der genauen Aufzeichnung der Blutungsanamnesen bei Tubargravidität ergaben. Typ I ist durch eine Amenorrhoe gekennzeichnet, nach der plötzlich ohne vorherige Blutung die stürmischen Erscheinungen der Tubarruptur eintreten. Bei Typ II tritt nach einer verschieden langen Amenorrhoe eine Dauerblutung auf. Bei Typ III tritt um die Zeit der erwarteten Periode eine Blutung auf, die sich aber von einer normalen Regelblutung nach Stärke, Dauer und zeitlichem Eintreten unterscheidet, dieser atypischen Blutung folgt ein blutungsfreies Intervall, nach dem eine Dauerblutung einsetzt. Der Arbeit von Buschbeck lagen 143 Fälle zugrunde, 141 Fälle konnten in diese 3 Typen eingeordnet werden, nur in 2 Fällen, d. i. in 1,4%, fanden sich vollkommen uncharakteristische Blutungsanamnesen; von Buschbeck wird noch darauf hingewiesen, daß letztere Zahl wohl einer Korrektur bedarf durch Auswertung eines weit größeren Materials. Wie der Blutungstyp bei einer Extrauteringravidität ganz uncharakteristisch verlaufen kann, so kann auch bei andersartigen Erkrankungen die Blutungsanamnese eine der 3 erwähnten Typen aufweisen, ich möchte hier z. B. erwähnen die Blutungen bei entzündlichen Veränderungen der inneren Genitalien oder bei den sogenannten ovariellen Blutungen oder auch bei einem Uterus myomatosus. Besondere differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereitet häufig die Unterscheidung, ob ein Abortus imminens, bzw. Status post abortum oder eine gestörte ektopische Gra-

vidität vorliegt. In den meisten Fällen ist bei intrauterinem Abort die Blutung stärker und tritt später in Erscheinung als bei Extrauterin-gravidität. Amreich führt noch an, daß bei Tubargravidität zuerst Tubenspannungsschmerzen bestünden und erst dann eine uterine Blutung sich zeigte, während bei intrauterinem Abort zuerst Blutungen und erst später Schmerzen auftreten würden. Kann man auch aus der Blutungsanamnese häufig sehr wertvolle Schlüsse ziehen, so darf ihr doch nur die Beweiskraft eines Symptoms zugesprochen werden.

b) Beschwerden.

Wie die Blutungsanamnese so kann auch die Angabe von Beschwerden von Bedeutung sein, zumal wenn eine Blutung ex utero nicht aufgetreten ist und die schweren Erscheinungen einer Tubarruptur fehlen. Für Tubargravidität als typisch gelten einseitige Schmerzen von wehenartigem Charakter; Amreich hebt hervor, daß die Schmerzen zuerst kontinuierlich auftreten würden und erst später wehenartig in Erscheinung träten. Beim intrauterinen Abort seien die Schmerzen bei ihrem Auftreten bereits wehenartig, außerdem sind sie in der Mitte des Unterbauches und im Kreuz lokalisiert. Bei den Extrauteringraviditäten in der Zeit vom 1.1.21 bis 1.7.25 an der Würzburger Universitätsfrauenklinik konnte Fritz Meyer feststellen, daß nur in 22,4% der Fälle der Schmerz auf eine bestimmte Seite lokalisiert und in 77,6% mehr diffuser Natur war. Schmerzen im rechten Unterbauch lassen verschiedentlich eine Tubargravidität und eine Appendicitis differentialdiagnostisch in Betracht ziehen; für Appendicitis spricht der besonders starke Druckschmerz am Mac Burney'schen oder Lanz'schen Punkt, jedoch wird man durch diese differentialdiagnostischen Mittel nicht immer zum Ziel kommen. Gegenüber schmerzhaften Adnexerkrankungen mit kontinuierlichen Schmerzen kann der wehenartige Schmerz bei Tubargravidität für die differentialdiagnostischen Erwägungen herangezogen werden. Im Allgemeinen lassen sich die Angaben von Beschwerden weniger für die Diagnose verwerten, weil die Beschwerden häufig völlig uncharakteristisch sind und zudem auch sehr von der Psyche der Patientin abhängen. Klagen über Schwächeanfälle oder Ohnmachten können besonders bei einer Unregelmäßigkeit der Periode den Verdacht auf ektopische Gravidität bestärken.

c) Frühere Erkrankungen.

Heute wird in entzündlichen Adnexerkrankungen ein wesentlicher aetiologischer Faktor für ektopische Gravidität gesehen; findet sich in der Vorgeschichte eine entzündliche Adnexerkrankung oder die Möglichkeit entzündlicher Veränderungen der Adnexe (z. B. nach Appendicitis), so muß stets in unklaren Fällen der Verdacht einer Tubar-

gravidität durch genaue Untersuchung mit möglichster Sicherheit ausgeschlossen werden. Von den wegen Tubenschwangerschaft operierten Frauen werden 5—7% auch in der anderen Tube gravide, diese Tatsache soll zu genauer Beobachtung bei einer möglichen Gravidität Anlaß geben.

2. *Untersuchung.*

a) Tastbefund.

Bei der Untersuchung wird man häufig Schwangerschaftszeichen, wie Kollostrum in den Brüsten, Lividität der Genitalschleimhaut, linea fusca u. a. feststellen. Der genitale Tastbefund ergibt wie bei der normalen Schwangerschaft einen durch Muskelhypertrophie vergrößerten und durch Hyperaemie aufgelockerten Uterus. Die hormonalen Einwirkungen des extrauterin angesiedelten Eies bedingen eben dieselben Erscheinungen, die auch für eine normale intrauterine Gravidität typisch sind. Bei länger bestehender Extrauteringravidität soll jedoch die Größe des Uterus nicht die des entsprechenden Monats erreichen. Zur Unterscheidung einer Intra- von einer Extrauteringravidität führt Granzow an, daß beim Hegar'schen Schwangerschaftszeichen das untere Uterinsegment aufgelockert sei, bei der Ektopika dagegen eine teigige Konsistenz des oberen Fundusabschnittes bestehe.

Neben dem oft etwas dislocierten Uterus ist ein Tumor von weicher Konsistenz zu tasten und davon getrennt auch das Ovarium; dieser Befund läßt sich nur selten erheben, in der ersten Zeit verläuft der Palpationsbefund meist negativ. Durch Untersuchung in Narkose kann häufiger ein verwertbarer Tastbefund festgestellt werden. Absolut sichere Angaben müssen trotzdem in vielen Fällen unterbleiben. Wie wenig zuverlässig der Tastbefund sein kann, zeigt die Mitteilung von Stöckel: 2 Frauen, die bereits wegen Tubargravidität einmal operiert worden waren, kamen in die Sprechstunde mit der Behauptung, wieder tubargravide zu sein, die Untersuchung verlief negativ, etwas später mußte in beiden Fällen wegen Tubarruptur operiert werden. Ein zystisches Ovar kann leicht den Tastbefund verschleiern, zumal gerade bei Tubargravidität häufig zystische Veränderungen an den Ovarien gefunden werden, hierauf hat besonders Beckmann hingewiesen, der unter 133 Fällen von operierten Tubargraviditäten 46mal zystische Veränderungen an den Ovarien feststellte.

Große differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereitet die Entscheidung, ob ein entzündlicher Adnextumor vorliegt, oder eine Tubargravidität. Amreich führt vier Symptome an, die für beide Erkrankungen sprechen: Die Periode kann ausgeblieben sein und etwas später ist dann eine Dauerblutung aufgetreten, die Schmerzen sind auf

eine Seite lokalisiert, palpatorisch ist ein Tumor der Adnexe festzustellen, die Kranke ist nicht anaemisch. Als Unterscheidungsmerkmale führt Amreich an, daß bei entzündlichem Tubenprozeß der Tubenabgang dick und schmerzhaft ist, bei Tubargravidität dagegen dünn und schmerzlos, der entzündliche Tumor liege mehr oder weniger eng dem Uterus an, während das Ei im Isthmus oder in der Ampulle sitze, bei entzündlichem Adnextumor seien weiterhin Tube und Ovar nicht als gesonderte Tumoren zu isolieren und der Uterus sei stärker fixiert, während er bei Gravidität beweglicher als normal ist. Stöckel betont, daß bei entzündlicher Adnexerkrankung meist beide Tuben betroffen sind, während bei Tubargravidität nur auf einer Seite ein Tumor zu fühlen ist. Diese Regel habe aber viele Ausnahmen. Denn häufig ist nur eine Tube von einer Entzündung betroffen, bzw. kann bereits in einer Tube die Entzündung wieder abgeklungen sein, außerdem kommen Tubenzwillingsschwangerschaften vor.

Granzow erwähnt, daß eine Piskacek'sche Ausladung mit einer interstitiellen und ein druckempfindliches Ovar mit einer ampullären Gravidität verwechselt werden kann.

Von manchen Autoren wird einer parauterinen Empfindlichkeit zur Erkennung der Tubargravidität besondere Bedeutung beigemessen.

Deutlicher wird der Palpationsbefund, sobald es zur Ausbildung einer Haematocele retrouterina kommt. Solange es sich um eine Haematommole oder eine peritubare Haematocele handelt, ist die Abgrenzung gegen einen entzündlichen Adnextumor oft sehr schwierig, ja manchesmal unmöglich. Neben den bereits oben angeführten Unterscheidungsmerkmalen möchte ich hier noch Eymer erwähnen, der die Mole „als weichen, fast brüchigen, stets einseitigen Tumor" beschreibt, „im Gegensatz zu den elastischen, häufig doppelseitigen, entzündlichen Tumoren, die meist lang anhaltende Schmerzen machen, während die Beschwerden der Tubargravidität wehenartiger Natur sind".

Zur Erkennung einer Haematocele retrouterina kann das anfänglich zu fühlende sog. „Schneeballknirschen" dienen, das durch die frischen Blutgerinnsel im Douglas'schen Raum bedingt ist; später ist die rasche Veränderlichkeit in Form und Größe für diesen Tumor charakteristisch.

Die Verwechslung einer Haematocele retrouterina mit einer Retroflexio uteri gravidi kann verhängnisvolle Aufrichtungsversuche zur Folge haben; auf der anderen Seite wurde auch bei einer Retroflexio uteri gravidi in der Annahme, daß es sich um eine Haematocele retrouterina handle, schon manchesmal unnötig laparotomiert. Amreich führt folgende beiden gleichen Symptome auf: Nach ausgebliebener Periode trat eine protrahierte Blutung ex utero auf, im Douglas ist eine weiche Resistenz zu fühlen; als diagnostische Unterscheidungsmerkmale führt er an, daß die Störung bei Extrauteringravidität

früher als die bei Retroflexio uteri gravidi in Erscheinung tritt, die Abgänge aus dem Uterus sind verschieden, bei Extrauteringravidität ist das hintere Scheidengewölbe schon bei der leisesten Berührung äußerst schmerzhaft, bei rectaler Untersuchung ist die Feststellung der Abgänge der Lig. sacrouterina von besonderer Bedeutung. Hiezu empfiehlt Höhne durch eine intravenöse Pituglandolinjektion eine feste Uteruskontraktion zu erzwingen. „Dieser prompt eintretende und sich auf das ganze schwangere Uteruscorpus erstreckende, sinnfällige Konsistenzwechsel beweist an sich schon den uterinen Sitz der Gravidität und hat außerdem den großen Vorteil, daß man auf der festen Unterlage des kontrahierten Uterus die Ligg. rotunda leichter tasten und bis zu ihrem Ansatz am Corpus uteri verfolgen kann. Ein mit mangelhafter Muskulatur ausgestatteter oder überhaupt nicht vorhandener extrauteriner Fruchthalter wird sich natürlich auf eine Pituglandolinjektion hin nicht kontrahieren.“ Als weiteres Unterscheidungsmerkmal führt Höhne an, daß sich der von der Haematocele gebildete Tumor nicht nur nach median oben, sondern vor allem nach der Seite des Beckens fortsetzt, entsprechend dem extrauterinen Eisitz. Neben der Retroflexio uteri gravidi können eine Haematocele retrouterina vortäuschen „im kleinen Becken gelegene Ovarialtumoren, retroperitoneale Haematome, Varicocelen im Ligg. latum, ein stark geblähtes Sigmoideum auf das dichteste mit varicösen Gefäßen besetzt und selbst eine Echinokokkencyste im Douglas“.

b) Douglaspunktion.

Über den Wert der Douglaspunktion gehen die Ansichten der einzelnen Autoren weit auseinander. Soweit ihr größere Bedeutung zugesprochen wird, gilt allgemein, daß es sich wegen der Infektionsgefahr nur um ein klinisches Hilfsmittel handelt, das kurz vor der vorbereiteten Laparotomie anzuwenden ist. Höhne, Granzow und Stöckel sehen in der Douglaspunktion ein wertvolles Hilfsmittel trotz der Fehlschläge, die diese Methode in sich birgt; Pankow spricht ihr wegen der Irrtümer weniger Bedeutung zu. Auch Amreich hebt besonders hervor, daß die Punktion nicht verläßlich sei und empfiehlt mehr die hintere Colpocoeliotomie. Eymer und Zeitlin empfehlen die Punktion nicht, da sie oft nicht zur Klärung beiträgt. Eine Haematocele retrouterina kann auch durch andere ursächliche Momente bedingt sein. Ich möchte hier nur als Beispiele eine ovarielle Blutung aus einer Follikel- oder Corpus luteumhöhle anführen oder Blutungen nach Abtreibungsversuch. Die Punktion bei Haematocele retrouterina kann auch negativ verlaufen, z. B. sobald das Blut geronnen ist; in der Literatur sind auch Fälle beschrieben, bei denen klare Flüssigkeit aspiriert wurde, wobei es sich um Fruchtwasser gehandelt hat, bzw.

wurde eine Hydrosalpinx punktiert. Gelangt man mit der Nadel zufällig in eine Vene, so wird man ebenfalls Blut ansaugen, wegen dieser Möglichkeit wird der Punktion nur dann größere Bedeutung zugesprochen, wenn es sich um „altes" Blut handelt d. h. wenn es infolge der Umwandlung schon mehr braune Farbe angenommen hat (Stöckel).

c) Aschheim-Zondek-Reaktion.

Die Aschheim-Zondek-Reaktion kann für die Erkennung einer Tubargravidität nur bedingt verwendet werden. Der positive Ausfall besagt nur, daß überhaupt eine Gravidität vorliegt, bzw. daß noch lebende Zotten vorhanden sind, oder vor wenigen Tagen vorhanden waren. Spricht das klinische Bild mehr für eine extrauterine als intrauterine Gravidität, so kann eine positive A. Z.-Reaktion die Diagnose sichern. Ein negatives Ergebnis wird die Reaktion auch dann ergeben, wenn die Zotten schon vor längerer Zeit abgestorben sind, obgleich auch dann die Gefahren einer Tubargravidität immer noch bestehen. Granzow weist der H. V. R. I besondere Bedeutung zu, weil diese auch dann positiv sei, wenn H. V. R. II und III noch negativ oder nicht mehr positiv sind.

d) Von verschiedenen Autoren angegebene Untersuchungsmethoden zur frühzeitigen Erkennung einer Extrauteringravidität.

Eine genaue Blutuntersuchung glaubte man mehrfach zur frühzeitigen Erkennung einer Tubargravidität heranziehen zu können. Hier möchte ich zuerst die von Gragert angegebene diagnostische Verwendungsmöglichkeit von Leukocytose und Erythrocytensenkungsgeschwindigkeit bei der Extrauteringravidität anführen. Auch Höhne bestätigte den von Gragert formulierten Satz: „Die Erkennung des Tubarabortes gegenüber einem entzündlichen subakuten oder akuten Adnextumor wird in der Mehrzahl der Fälle mit Hilfe der Kombination von Leukocytenzahl und Senkungsgeschwindigkeit möglich sein". Gragert geht von der Tatsache aus, daß bei Blutverlust zuerst eine Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit auftritt und erst später die posthaemorrhagische Leukocytose in Erscheinung tritt. Auf Grund seiner Untersuchungen konnte er feststellen, daß bei der Mehrzahl der Fälle von Tubarabort eine Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit zu verzeichnen ist. Leukocytenzahlen sind normal oder es besteht eine posthaemorrhagische Leukocytose; bei Tubarruptur, sofern sie frisch ist, findet man eine sehr große Senkungsgeschwindigkeit, Leukocytose ist bei schon längere Zeit zurückliegender Ruptur anzutreffen. Gragert betont, daß es sich nur um eine symptomatische und nicht

spezifische Reaktion handelt. Es müsse deshalb mit der nötigen Kritik vorgegangen werden. Schultes untersuchte dieses Verfahren an den Extrauteringraviditäten der Würzburger Universitätsfrauenklinik in der Zeit vom 1. 1. 23 bis zum 1. 7. 32 und konnte feststellen, daß es nur in 20% der Fälle der Diagnose dienlich war.

Durch Resorption des intraperitonealen Blutergusses kann ein Ikterus auftreten, den Schottmüller und Thormählen (zit. nach Höhne) auf eine Haematinaemie zurückführten, und haben dieser auch eine differentialdiagnostische Bedeutung gegenüber Adnextumoren beigemessen, sie konnten in 73% der Fälle von gestörter Tubenschwangerschaft mit dem Gitterspektroskop eine Haematinaemie nachweisen. Haselhorst stellte mit dem Spektroskop nach Schumm in etwa einem Drittel aller gestörten Extrauteringraviditäten und etwa der Hälfte der protrahiert verlaufenden Aborte Haematin im Kreislauf fest. Der negative Befund sei nicht zu verwerten, der positive Befund kann durch jede Blutung im Innern des Körpers bedingt sein.

Zur Differentialdiagnose zwischen ovarieller Blutung und Blutung infolge gestörter Ektopika gab Wagner die Pituitrinreaktion an. Da die Blutungen bei Extrauteringravidität nicht ovarigen sind, werden sie auch durch Pituitrin nicht kupiert, während die ovariellen Blutungen rasch zum Stehen kommen. Von Bock und Koch unter anderen wird diese Pituitrinreaktion als gutes Hilfsmittel empfohlen, während ihr von Amreich keine größere Bedeutung beigemessen wird. Entsprechend dieser Methode wurde von Korotkin und Dražančié an 4—5 Tagen eine Eigenblutinjektion vorgenommen, bei Blutung infolge entzündlicher Veränderung der inneren Genitalien soll diese sistieren, während die Blutung bei Extrauterinschwangerschaft hiedurch nicht zu beeinflussen ist.

Von Banki wurde als frühdiagnostisches Zeichen — Warnungssignal — der heftige Schmerz angegeben, den die Kranke beim Abheben der Portio, bzw. des Uterus vom hinteren Scheidengewölbe aus gegen die Symphyse zu empfindet. Dies sei bedingt durch eine adhäsive Peritonitis infolge des Blutsickerns vor Beginn des Tubarabortes, bzw. der -ruptur. Auch dieses Symptom kann nur neben anderen gewertet werden, denn es ist bei einem beginnenden Douglasabsceß oder bei einer Parametritis posterior ebenfalls positiv; ist infolge schon früherer Verwachsungen keine Douglastasche mehr vorhanden, so wird dieses Zeichen stets negativ sein.

Von Solowij wird die Bedeutung des Douglas'schen Raumes hervorgehoben. Wird dieser zuerst frei gefunden, dann spricht bei den Nachuntersuchungen auch die geringste Veränderung seiner Resistenz für eine Tubargravidität. Von demselben Autor wird weiter angegeben, daß geringe Mengen geronnenen Blutes, die der Tubenwand oder dem breiten Mutterband angelagert sind, sich manchesmal durchs

Scheidengewölbe anfühlen „wie wenn man weiche, strangartige, parallel verlaufende Bündel berühren würde".

Hellendall beschrieb die blaugrüne Verfärbung des Nabels bei stärkerer Blutung im Abdomen, auch dieses Symptom wurde mehrfach bestätigt, ist jedoch nur bei einer geringen Zahl von Fällen positiv.

Eisenstädter hebt die Lageveränderung des Uterus hervor, die nicht durch die Größe des Uterus, noch durch andere Veränderungen an den Genitalorganen zu erklären ist.

Ten Berge weist darauf hin, daß die weiter bestehende Blutung nach gründlicher Abrasio sehr verdächtig auf Extrauteringravidität ist.

e) Die Bedeutung der Decidua und der Abrasio.

Mag durch alle diese angegebenen Möglichkeiten auch häufig eine fragliche Tubargravidität so oder so zu klären sein, so kann doch nicht stets die Probelaparotomie vermieden werden. Am häufigsten schwankt die Diagnose zwischen gestörter intrauteriner oder extrauteriner Gravidität. Ich möchte deshalb hier noch eine Zusammenstellung der gleichen und der unterscheidenden Symptome nach Amreich und Stoeckel bringen, obgleich schon oben einige erwähnt wurden. Bei beiden Erkrankungen finden wir die auf Schwangerschaft hindeutenden Symptome wie: Periode war ausgeblieben, Uterus ist vergrößert und aufgelockert; es bestehen oder bestanden protrahierte Genitalblutungen mit Abgang von Klumpen und Fetzen, verbunden mit wehenartigen Schmerzen. Unterscheidende Merkmale sind: Die Lokalisation, das Auftreten und die Art des Schmerzes, die Blutung ist bei intrauterinem viel stärker als bei extrauterinem Abort. Beschwerden und Blutung treten bei Ektopika meist 6—8 Wochen bei Abort im eigentlichen Sinn des Wortes 2—4 Monate nach der letzten Menstruation auf. Bei Tubargravidität läßt sich ein einseitiger Adnextumor tasten.

Von den meisten Autoren wird der mikroskopischen Untersuchung der Abgänge aus dem Uterus große Bedeutung beigemessen. Bei intrauterinem Abort lassen sich meist foetale Zotten finden, während bei gestörter Tubargravidität nur Decidua vorliegt. Abgesehen von den seltenen Ausnahmen einer gleichzeitigen intra- und extrauterinen Gravidität wird die histologische Untersuchung in zahlreichen Fällen eine klare Entscheidung ermöglichen.

Es soll nun zunächst die Bedeutung der Decidua besprochen werden. Zu den Schwangerschaftsreaktionen, die das befruchtete Ei auf den Organismus ausübt — unabhängig davon, ob sein Sitz intra- oder extrauterin ist — gehört auch die Ausbildung einer Decidua, wobei es sich um die Weiterentwicklung der praemenstruellen Uterusschleim-

haut handelt. Bis zur vollständigen Ausbildung der Decidua verstreicht eine gewisse Zeit, die individuell verschieden zu sein scheint. Nach Absterben der Frucht bildet sich die Decidua zurück oder wird mehr oder weniger rasch ausgestoßen.

Das Vorhandensein einer Decidua gilt beweisend für eine Gravidität. Es wurden zwar einige Arbeiten über Deciduabildung ohne Schwangerschaft veröffentlicht, doch dürfte es sich dabei um ganz seltene Fälle handeln. Von Honecker (zit. nach Stöckel) wird ein Fall mitgeteilt, bei dem er zottenfreie Decidua infolge einer Corpus-luteum-Persistenz gefunden hat. Schiller berichtet 3 Fälle, bei denen er Decidua feststellte — Schwangerschaft war sicher ausgeschlossen —; es handelte sich dabei um Frauen im klimakterischen oder praeklimakterischen Alter. Von Loeb (zit. nach Höhne) wird darauf hingewiesen, daß durch irgendeinen mechanischen Insult am Ort der Einwirkung Decidua zur Entwicklung gebracht werden kann, aber nur bei Anwesenheit eines Corpus luteum im Ovarium. Über das Vorkommen von Decidua ohne Schwangerschaft herrscht noch keine übereinstimmende Meinung, wenn es sich dabei überhaupt um echte Decidua handelt, so kann wohl trotz der wenigen Ausnahmen an der Auffassung festgehalten werden, daß Decidua sicher für Gravidität spricht.

Die Frage, ob sich die Decidua bei normaler Schwangerschaft von der der Extrauteringravidität unterscheidet, beantworten Novak und Lauran Daner (zit. nach Höhne) dahin, daß sie bei 21 untersuchten Fällen eine Übereinstimmung der Decidua fanden. Brakemann dagegen stellte fest: „Bei intrauterinem Abort mit oder ohne foetalem Gewebe weisen die Drüsen in der Spongiosa die bekannten Opitz'schen Drüsenformen mit reichlichem Glykogengehalt auf; wenig Stroma, die Drüsen stoßen eng aneinander. Bei der Extrauteringravidität lassen die Drüsen den Opitz'schen Typ vermissen, sie nähern sich in der Spongiosa formal mehr den Ausmündungsstücken in der Compacta, wenig Glykogen, relativ viel decidual umgewandeltes zytogenes Stroma um sie herum.“ Auf diesen Unterschied weist auch Stöckel hin, da es eben vorkommen kann, daß auch bei intrauterinem Abort zum Schluß Decidua ohne Zotten ausgestoßen wird.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten in der Beurteilung, ob eine Decidua vorliegt, können auch bei der Dysmenorrhoea membranacea entstehen. Hiebei werden jedoch regelmäßig bei jeder Menstruation Membranen ausgestoßen. Auch das histologische Bild kann eine Entscheidung ermöglichen. Brakemann führt als charakteristische Merkmale an: „Atrophische Drüsen, Schwärme von Wanderzellen, Lymphocyten und Leukocyten im Gewebe, nekrotische bzw. nekrobiotische Vorgänge an Kernen und Stroma, außerdem zahlreiche Haemorrhagien“.

Über die Bedeutung der histologischen Untersuchung des durch eine Abrasio gewonnenen Materials für die Diagnose Extrauteringravidität herrscht noch keine übereinstimmende Meinung. Es wird zwar von den meisten Autoren empfohlen, die Abgänge aus dem Uterus histologisch zu untersuchen, da eben der Befund „Decidua mit foetalen Zotten" mit großer Wahrscheinlichkeit nur für einen intrauterinen Abort spricht und der Abgang des Deciduasackes wenn er völlig frei von Zotten befunden wird, gilt als ein Hauptsymptom der Extrauteringravidität. Die Abrasio wird aber bei Verdacht auf Tubargravidität von vielen namhaften Autoren abgelehnt wegen der Gefahr einer Tubenruptur bzw. der Infektion des Tubeninhaltes. Von Höhne und Stöckel wird die Abrasio sogar strikt abgelehnt, die mikroskopische Untersuchung der Abgänge ex utero jedoch empfohlen. Von Amreich, Granzow und Franqué wird die Abrasio als contraindiziert bezeichnet, teils wegen der Infektionsgefahr, teils wegen der eventuellen erneuten Ektopikablutung. Bock lehnt die Abrasio wegen der Infektionsgefahr ab und weil eine herausgeschabte Decidua ohne Chorionzotten doch nichts besagen würde.

Pankow warnt den Praktiker vor der diagnostischen Abrasio, da jedoch der Nachweis von Decidua bei Fehlen von Eibestandteilen in fraglichen Fällen die Situation klären kann, läßt er die Abrasio als diagnostisches Hilfsmittel der Klinik gelten. Auch Sonnenfeld lehnt die Abrasio an und für sich ab, empfiehlt sie aber als letztes diagnostisches Hilfsmittel in Ausnahmefällen, da sie manche Patientin vor der unnötigen Laparotomie bewahren kann, wenn nämlich Abortreste gefunden werden; bei negativem Ausfall soll jedoch sofort die Laparotomie angeschlossen werden.

Hellendall bezeichnet die Abrasio bei Tubargravidität in der Praxis als ein höchst gefährliches Unternehmen; jedoch wäre es etwas ganz anderes, wenn die Abrasio vom Facharzt zur Klärung der Diagnose in einer Klinik vorgenommen würde. Zur diagnostischen Verwertbarkeit der Probeabrasio äußert Hellendall, daß Plazentarreste für intrauterinen Abort sprechen, Decidua kann eine extrauterine Schwangerschaft anzeigen, der negative Befund läßt sich nicht verwerten.

Schneider empfiehlt die Probeabrasio als letztes diagnostisches Mittel vor der Probelaparotomie, vorausgesetzt, daß es sich um einen bakteriologisch einwandfreien und fieberfreien Fall handelt. Beweisend für eine Extrauteringravidität ist nur der ganze Deciduasack oder zusammenhängende Deciduafetzen, wenn Chorionzotten fehlen. In anderen Fällen hat die histologische Untersuchung des Endometriums nur die Beweiskraft eines Symptoms. Deciduaähnliche Zellen und Drüsenbilder, die weder denen der praemenstruellen Schleimhaut noch den Schwangerschaftsdrüsen entsprechen, sind diagnostisch nicht verwert-

bar. Die Decidua kann verschiedene Grade der Ausbildung aufweisen, manchesmal lassen sich nur die Opitz'schen Drüsen finden oder decidual umgewandeltes Stroma nachweisen oder es kann auch beides vorhanden sein.

Von Dubourg und Mahon wird der histologischen Untersuchung der Decidua große Bedeutung beigemessen; kommt es nicht zur spontanen Ausstoßung von Gewebsfetzen, so soll vorsichtig mit der Curette Material entnommen werden.

Börner stellte fest, daß die Abrasio unmittelbar vor der Laparotomie keine Gefahr für die Patientin darstellt. Das histologische Ergebnis der Abrasio bei Tubargravidität wird von Börner in 4 Gruppen zusammengefaßt: 1. Decidua, 2. Reparationsschleimhaut, 3. Intervallschleimhaut, 4. Praemenstruelle Phase. Reine Decidua wurde bei intakter Tubargravidität, bei Tubarruptur und schnell verlaufendem Abort gefunden. Bei allmählicher Fruchtschädigung verläuft die Deciduaschädigung parallel: Der rasche oder langsame Zerfall bzw. die Ausstoßung der Decidua unterliegt den vom Ei ausgehenden hormonalen Einflüssen. Das Bild der Uterusschleimhaut ist von dem ovariellen Zyklus abhängig, je nachdem, ob ein blühendes Corpus luteum vorhanden ist, oder das Corpus luteum in Rückbildung und daneben Follikelreifung besteht.

Schultes und Bohlander berichteten über 93 Fälle aus der Würzburger Universitätsfrauenklinik, bei denen die Diagnose Tubargravidität operativ sichergestellt wurde und bei denen vorher eine Abrasio vorgenommen worden war. In keinem dieser Fälle wurde durch die Abrasio eine Tubarruptur noch eine Infektion des Tubeninhaltes bedingt. Die histologische Untersuchung des durch die Abrasio gewonnenen Materials zeitigte in 50,8% der Fälle ein für die Diagnose wertvolles Ergebnis. Selbstverständlich wurde die Abrasio nur bei bakteriologisch einwandfreien Fällen vorgenommen.

B. Eigene Untersuchungen.

Ich bringe nun die Fälle, bei denen Verdacht auf Tubargravidität bestand, die Operation jedoch nach der Abrasio unterblieben ist, als kurze Krankengeschichten in zeitlicher Reihenfolge.

I. Kasuistik.

Fall 1.

1923. Kr.-Bl. 845. 33-j. Frau. 3 Geb., 1 Abort.

Pat. kommt am 3. 12. in die Klinik wegen einer Blutung, die seit 1. 11. besteht, Pat. kam sehr herunter und fühlt sich elend. Blutungsschema: im Juni Menstr. einmal ausgeblieben, im Juli verstärkt, von 10-täg. Dauer, im Sept. sehr schwach, Blutg. vom 11.—13. 10. weniger stark als früher. Uterus kaum vergrößert, hart. Mm. geschlossen. Linke Adnexe zeigen geringe Resistenz.

Diagnose: Stat. p. ab.? lkss. Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Abgestorbene Zotten, die hyalin eingebacken sind. Folgerung: Durch die Zotten ist eine intrauterine Gravidität festgestellt. Entlassung am 11. 12.

Epikrise: Nach dem Ergebnis der Abrasio Operation nicht nötig.

Fall 2.

1923 Kr.-Bl. 892. 31-j. Frau, Appendektomie. Aufnahme 27. 12. Letzte Periode 16. 9. Ab 27. 12. leichte Blutung. Uterus etwas vergrößert, hart. Mm. geschl. Rechte Adnexe anscheinend verdickt.

Diagnose: Rechtsseitige Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Hyperplasie der Drüsen, Zellen des Stromas groß und sehr deciduaähnlich. Das deciduaartige Gewebe vielfach entzündlich infiltriert.

Folgerung: Verdächtige Veränderung — Beobachtung beschlossen. Entlassung 4. 1. 24.

Epikrise: Wegen nichtveränderten Lokalbefundes als Status post abortum angesprochen.

Fall 3.

1924. Kr.-Bl. 36. 28-j. Frau, 4 Partus.

Aufnahme 15. 1. wegen unregelmäßiger starker Blutg. Blutg.-schema: vom 15.—25. 10., 20.—22. 11., 8.—17. 12., 24. 12., 28. 12., ab 2. 1. Dauerblutg.

Brüste ergeben beiderseits Colostrum. Uterus ziemlich unbeweglich. Mm. geschl. Rechts geringe schmerzhafte Resistenz, auch links geringe Druckempfindlichkeit.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Kleiner harter Tumor rechts vom Uterus.

Abrasio: Stroma an vielen Stellen decidual großzellig, starke Schlängelung der Drüsen. Keine Zotten oder choriale Epithelien.
Folgerung: Verdächtige Veränderung der Schleimhaut, Beobachtung beschlossen. Entlassung am 24. 1.

Epikrise: Wegen nicht veränderten Lokalbefundes, Sistieren der Blutung nach Abrasio also stat. p. ab. angesprochen.

Fall 4.

1924. Kr.-Bl. 456. 31j. Frau. Aufnahme 20. 5. wegen starker Blutung, seit 10. 5., seit 15. 15. heftige Schmerzen im rechten Unterbauch, letzte Menstr. 13.—15. 3. Brüste ergeben beiderseits Colostrum. Uterus klein, hart. Mm. geschlossen. Hegarzeichen angedeutet. Rechts hinter dem Uterus eine pflaumengroße, nicht deutlich abgrenzbare Resistenz.

Diagnose: Gestörte Gravidität? Extrauteringravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Haemorrhagisch zertrümmerte Plazenta.
Folgerung: Durch Placenta intrauterine Gravidität festgestellt. Entlassung am 26. 5.

Epikrise: Operation nach Ergebnis der Abrasio nicht nötig.

Fall 5.

1924. Kr.-Bl. 1102. 22-j. Frau, 1 Partus am 17. 7. 24. Aufnahme am 5. 12. wegen starker Blutung seit 4 Tagen, fühlt sich matt, wenig Appetit. Letzte Menstr. 6. 8. 11. Brüste: links etwas Colostrum. Rechte Adnexe etwas verdickt.

Diagnose: Stat. p. ab.? Rechtsseitige Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe feri.

Abrasio: Akute entzündliche leukocytäre Infiltration der Schleimhaut in mäßigem Grade.
Folgerung: Nicht eindeutig — zuwarten.
Entlassung 23. 12. *Epikrise:* Wegen des negativen Adnexbefundes und des Sistierens der Blutung nach der Abrasio und der Beschwerdefreiheit keine Operation.

Fall 6.

1924. Kr.-Bl. 1150. 38-j. Frau. 5 Geb., 1 Abort. Aufnahme 18. 12. wegen Blutungen. Letzte Menstr. 5. 8. Ab 20. 10. Wehen und starke Blutungen 3 Tage lang, anschließend nur ab und zu leichte Blutungen. Am 11. 12. erneut starke Blutg. und Leibschmerzen. Uterus dextroponiert, retroflectiert, kaum vergrößert, weich. Mm. geschl. Links eine nicht scharf abgrenzbare Resistenz von ziemlich derber Konsistenz, dieser Befund durch Untersuchung in Narkose bestätigt.

Diagnose: Gestörte Gravidität? Linksseitige Tubargravidität?
Abrasio: Sicher Reste intrauteriner Gravidität.
Entlassung 27. 12. *Epikrise:* Operation nicht nötig durch die Feststellung eines Stat. p. ab. und wegen nicht veränderten Lokalbefundes.

Fall 7.

1925. Kr.-Bl. 95. 46-j. Frau. Aufnahme 9. 2. wegen einer Dauerblutung seit 15. 12. 24. Letzte Menstr. von 2.—7. 11. 24. Uterus normal groß, etwas weich. Mm. geschlossen. Portiozeichen angedeutet. Links ein hühnereigroßer, weicher, etwas beweglicher Tumor. Dieser Befund durch Untersuchung in Narkose bestätigt.
Diagnose: Klimakt. Blutg.? Lkss. Tubargravidität?
Abrasio: Schleimhaut im Zustand der Atrophie.
Folgerung: Wegen eindeutigen Befundes keine Operation. Entlassung am 16. 2. *Epikrise:* Ergebnis der Abrasio und Alter der Patientin sichern die Diagnose „klimakt. Blutg.", Tastbefund unverändert. Gutes Allgemeinbefinden.

Fall 8.

1925. Kr.-Bl. 105. 27-j. Fräulein. 2 Geb. Aufnahme 14. 2. Seit 23. 12. 24 starke ziehende krampfartige Schmerzen im Leib. Letzte Menstr. vom 23. 12.—5. 1. Seit 13. 1. starke Blutung und Abgang von Klumpen. Uterus etwas dextrovertiert, etwas weich, Mm. geschl. Hegar-Zeichen positiv, linkes Ovar vergrößert, durch Narkoseuntersuchung bestätigt.
Diagnose: Gestörte Gravidität? Lkss. Tubargravidität?
Folgerung: Nicht eindeutig — Beobachtung beschlossen. Entlassung am 20. 2. *Epikrise:* Adnexbefund unverändert, Sistieren der Blutung, deshalb keine Operation.

Fall 9.

1925. Kr.-Bl. 125. 28-j. Frau. Aufnahme 1. 5. wegen starker Blutg. seit 1. 4. mit Abgang von Klumpen, Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen. Letzte Menstr. vom 1.—6. 1. Uterus: retrovertiert, vergrößert, aufgelockert. Mm. geschl. Rechts ein kleinapfelgroßer, weichzystischer druckempfindlicher Tumor.
Diagnose: Stat. p. ab.? Rechtss. Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.
Abrasio: Gerinnsel mit Plazentarzotten.
Folgerung: Intrauterine Gravitität.
Entlassung am 11. 5. *Epikrise:* Keine Operation, weil Tastbefund keinen Anhalt für Tubargravidität gibt und wegen der Feststellung eines Stat. p. ab.

Fall 10.

1925. Kr.-Bl. 166. 42-j. Frau. 2 Partus. Aufnahme am 26. 7. Blutg. Schema: 16.—24. 5., 13. 6.—3. 7., 13.—19. 7. Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen. Uterus: vergrößert, derbknollig. Mm. geschl. Linke Adnexe verdickt. Befund durch Narkosuntersuchung bestätigt.

Diagnose: Uterus myomatosus? Gestörte Gravidität — Extrauteringravidität lks.?
Abrasio: Hyperplasie des Stroma und der Drüsen.
Folgerung: Nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung am 3. 8. *Epikrise:* Adnexbefund unverändert, Sistieren der Blutung nach Abrasio und Tastbefund des Uterus sichern die Diagnose „Uterus myomatosus".

Fall 11.

1925. Kr.-Bl. 210. 31-j. Frau. 3 Partus. Aufnahme am 28. 12. wegen Dauerblutung seit 20. 11. Letzte Menstr. vom 15.—19. 10. Uterus vergrößert aufgelockert, Mm. geschl. Hegar- und Portiozeichen pos. Adnexe unklar.
Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Zotten und entzündete Decidua.
Folgerung: Intrauterine Gravidität.
Entlassung 16. 1. *Epikrise:* Nach dem Ergebnis der Abrasio Operation nicht nötig.

Fall 12.

1926. Kr.-Bl. 111. 23-j. Frau. Op. wegen Unterleibsleiden. Aufnahme am 1. 3. wegen einer Dauerblutung seit dem 13. 2. Letzte Menst. vom 21.—25. 1. Rechte Brust ergibt etwas Colostrum. Uterus sinistrovertiert, Mm. geschl. rechts ein ziemlich derber, fast hühnereigroßer, beweglicher Tumor.
Diagnose: Gestörte Gravidität? rechtsseitige Tubargr.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Großzellige Corpusschleimhaut, Zervixschleimhaut mit entzündlicher, leukocytärer Infiltration.
Folgerung: Nicht eindeutig — Beobachtung beschlossen.
Entlassung am 8. 3. *Epikrise:* Wegen des negativen Adnexbefundes in Narkose und dem Sistieren der Blutg. nach Abrasio Operation nicht nötig.

Fall 13.

1926. Kr.-Bl. 75. 29-j. Frau. 1 Partus. Aufnahme am 4. 5. wegen Dauerblutg. seit 20. 4. Letzte Periode vom 27. 2.—5. 3. Uterus faustgroß, weich. Mm. geschl. Hegar- und Portiozeichen positiv. Adnexe unklar.
Diagnose: Sat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Plazenta, Deciduastücke, Blutgerinnsel.
Folgerung: Intrauterine Gravidität.
Entlassung 17. 5. auf eigenen Wunsch. *Epikrise:* Nach dem Ergebnis der Abrasio Operation unnötig.

Fall 14.

1926. Kr.-Bl. 90. 26-j. Frau. 3 Partus, 1 Abort. Aufnahme am 6. 5. wegen Dauerblutg. mit Abgang von Klumpen seit 1. 4. Letzte Menstr. vom 20.—23. 2. Brüste ergeben beiderseits viel Colostrum. Uterus vergrößert, hart. Mm. geschlossen. Links Adnextumor.

Diagnose: Stat. p. ab.? Lkss. Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Zotten in Gerinnseln eingebacken.
Folgerung: Intrauterine Gravidität.
Entlassung am 18. 5. *Epikrise:* Nach dem Ergebnis der Abrasio und dem negativen Adnexbefund Operation nicht nötig.

Fall 15.

1926. Kr.-Bl. 307. 39-j. Frau. 4 Partus. Aufnahme am 28. 6. wegen einer anhaltenden Blutg. seit 18. 6. mit Abgang von Klumpen. Letzte Menstr. vom 6.—10. 5. Uterus etwas weich. Mm. geschl. Adnexe unklar.
Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Fetzen entzündlich infiltrierter Decidua.
Folgerung: Schleimhaut verdächtig — Beobachtung.
Entlassung am 8. 7. *Epikrise:* Wegen negativen Adnexbefund, Sistieren der Blutg. Beschwerdefreiheit als Stat. p. ab. anzusprechen und deshalb keine Operation.

Fall 16.

1926. Kr.-Bl. 354. 36-j. Frau. 1 Partus, 1 Abort. Aufnahme 21. 7. wegen einer Dauerblutg. seit 29. 6. Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Herzklopfen. Letzte Menstr. vom 17.—25. 6. stärker als sonst. Scheide etwas livide. Uterus etwas weich, normal groß. Mm. geschl. Hegar- und Portio-Zeichen angedeutet. Rechts ein weicher, kleinapfelgroßer, wenig beweglicher Tumor.
Diagnose: Ovarialzyste? Rechtss. Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Der Tumor rechts als vergrößertes Ovar angesprochen.
Abrasio: Kleine Trümmer von Schleimhaut, nichts Patholog.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung 29. 7. *Epikrise:* Adnexbefund nicht verändert, Sistieren der Blutg. Operation deshalb nicht nötig.

Fall 17.

1926. Kr.-Bl. 154. 30-j. Frau. 3 Partus, 1 Abort. Aufnahme am 16. 8. Blutg.-Schema: 1.—8. 6., 30. 6.—7. 7., 26.—30. 7., 1.—4. 8., 15.—16. 8. Uterus etwas vergrößert aufgelockert Mm. geschl. Rechts kleinapfelgroße Resistenz. Brüste ergeben reichlich Colostrum.
Diagnose: Metropathie? Stat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.
Abrasio: Leichte glanduläre und interstitielle Hyperplasie. Stroma stellenweise großzellig an anderen Stellen spindelzellig und faszikulär.
Folgerung: Nicht eindeutig — Beobachtung.
Entassung am 26. 8. *Epikrise:* Der Adnextumor erscheint nach einiger Zeit kleiner, Sistieren der Blutung nach Abrasio, Operation deshalb nicht nötig.

Fall 18.

1926. Kr.Bl. 421. 27-j. Frau. 2 Geburten. Aufnahme am 28. 8. Blutungsschema: 1.—29. 4., 26.—30. 5., 23.—26. 6., 21.—24. 7., 17.—22. 8. stark und schmerzhaft. Rechte Tubenkante des Uterus etwas druckempfindlich. Rechte Tube spindelige Anschwellung. Hb. 75%, Leuko 9800, Senkung 24 mm.

Diagnose: Metropathie? Rechtss. Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Kräftige glanduläre Hyperplasie.

Folgerung: Nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung am 28. 8. *Epikrise:* Sistieren der Blutg. nach Abrasio, die Anschwellung der rechten Tube bildet sich zurück, deshalb keine Operation.

Fall 19.

1926. Kr.-Bl. 441. 24-j. Frau. 3 Partus, 1 Abort. Appendektomie. Aufnahme am 7. 9. wegen einer Blutung seit dem 30. 8. mit Abgang von Klumpen. Letzte Menstr. 16.—24. 7., schwächer als sonst. Uterus etwas vergrößert. Mm. geschl. In linker Tubengegend eine unbestimmte Resistenz. Leuko 7400. Senkung 6 mm.

Diagnose: Metropathie? Stat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Geringe Drüsenhyperplasie.

Folgerung Nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung am 28. 9. *Epikrise:* Wegen Sistienren der Blutg. nach Abrasio und dem normalen Adnexbefund bei Kontrolluntersuchungen wird die Erkrankung als Metropathie angesprochen, deshalb Operation nicht nötig.

Fall 20.

1926. Kr.-Bl. 525. 23-j. Frau. 1 Partus. Aufnahme am 3. 11. Vom 14. 8.—10. 10. Amenorrhoe. Starke Blutung vom 10.—18. 10. und vom 28.—31. 10. mt Abgang von Klumpen. Seit 28. 10. starke Schmerzen im rechten Unterbauch. Uterus hühnereigroß, etwas weich, druckempfindlich. Mm. geschl. Hegar- und Portio-Zeichen angedeutet. Rechts gut walnußgroßer, praller Tumor.

Diagnose: Adnextumor? Rechtss. Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben. Der Tumor als vergrößertes Ovar angesprochen.

Abrasio: Die oberflächlichen Schichten der Corpusschleimhaut durch unvollkommene Rückbildung der Decidua etwas großzellig. Leichte Hyperplasie der Drüsen.

Folgerung: Schleimhaut für Tubargr. verdächtig, Beobachtung.

Entlassung am 16. 11. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbefundes und sistierender Blutg. nach Abrasio keine Op.

Fall 21.

1927. Kr.-Bl. 14. 35-j. Frau. Aufnahme am 12. 1. wegen Dauerblutg. seit dem 1. 11. Perioden waren sehr unregelmäßig Seit 11. 11. Schmerzen im linken Unterbauch. Erbrechen. Uterus retroponiert, anteflectiert, etwas weich, druckempfindlich. Mm. geschlossen. Portio-Zeichen angedeutet. Rechts walnußgroßer, länglicher Tumor von weicher Konsistenz.

Diagnose: Metropathie? Rechtss. Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Schleimhaut im Stroma etwas zellarm.

Diagnose: Metropathie? Rechtss. Tubargravidität?

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 22. 1. *Epikrise:* Wegen unverändertem Adnexbefund, Sistieren der Blutung nach Abrasio und Beschwerdefreiheit keine Operation.

Fall 22.

1927. Kr.-Bl. 38. 25-j. Frau. Appendicitis und Peritonitis. Aufnahme 27. 1. Letzte Menstr. vom 12.—20. 1., stärker als sonst. Uterus normal groß. Mm. geschl. Rechts pflaumengroße Resistenz, druckempfindlich. Hb. 88%, Leuko 9200, Senkung 13 mm.

Diagnose: Metropathie? Adnextumor? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Großzellige Hyperplasie des Stroma.

Folgerung: Nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 10. 2. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbefundes, Sistieren der Blutung, Beschwerdefreiheit, keine Op.

Fall 23.

1927. Kr.-Bl. 20. 34-j. Frau. 1 Partus. Tubargravidität rechts 1924. Aufnahme: 29. 1. wegen andauernder Blutung seit 16. 1., ab und zu Kreuzschmerzen. Letzte Menstr. vom 19.—21. 12. Uterus vergrößert. Mm. geschl. Links unbestimmte Resistenz.

Diagnose: Metropathie? Lkss. Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Einige Fetzchen von ausgesprochener Decidua mit starker entzündlicher Infiltration.

Folgerung: Schleimhaut für Tubargravidität verdächtig — Beobachtung.

Entlassung am 3. 2. *Epikrise:* Wegen negativen Adnexbefundes, Sistieren der Blutg. nach Abrasio, als Stat. p. ab. angesprochen, deshalb keine Operation.

Fall 24.

1927. Kr.-Bl. 72. 38-j. Frau. 2 Geb. Aufnahme 14. 2. wegen geringen Schmerzen im lk. Unterbauch. Letzte Menstr. vom 24.—30. 1., 8 Tage früher und stärker als sonst. Uterus retroflectiert, dextrovertiert, etwas vergrößert. Mm. geschl.

Links etwas weicher Tumor, von unregelmäßiger Gestalt. Leuko 7000, Senkung 26 mm.

Diagnose: Sacksalpinx? lkss. Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Hyperplasie der Drüsen. Zellreiches Stroma.

Folgerung: Nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 3. 3. *Epikrise:* Nach Beobachtung wird der Adnextumor als Pyosalpinx gedeutet, deshalb keine Operation.

Fall 25.

1927. Kr.-Bl. 126. 21j. Frau. 1 Partus. Aufnahme 20. 3. Seit 13. 3. regellose Blutung. Am 20. 3. stechender Schmerz im lk. Unterbauch. Letzte Menstr. vom 25.—28. 2. Uterus sinistrovertiert, etwas vergrößert. Mm. geschl. Rechte Tube etwas verdickt. Leuko 8600, Senkung 3 mm.

Diagnose: Adnexitis? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Etwas Hyperplasie der Schleimhaut.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 25. 3. *Epikrise: Wegen* negativen Adnexbefundes und Sistieren der Blutg. nach Abrasio Operation wahrscheinlich nicht nötig. Patientin entzieht sich der weiteren Beobachtung durch Verlassen der Klinik auf eigene Verantwortung.

Fall 26.

1927. Kr.-Bl. 257. 28-j. Frau. 2 Partus. Aufnahme am 8. 6. Wegen Dauerblutg. seit dem 5. 4. mit Abgang von Klumpen. Letzte Menstr. vom 2.—5. 2. Brüste ergeben wenig Colostrum. Uterus sinistrovertiert, etwas aufgelockert. Mm. geschl. Links etwas fixiert. Adnexe unklar. Leuko 4200. Senkung 8 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Abortreste mit mäßiger Entzündung.

Folgerung: Endometritis p. ab.

Entlassung am 15. 6. *Epikrise:* Nach dem Ergebnis der Abrasio Operation nicht nötig.

Fall 27.

1927. Kr.-Bl. 266. 24-j. Frau. 2 Partus. Aufnahme am 11. 6. wegen Dauerblutung seit 25. 5. Letzte Periode vom 5.—10. 5. Portio etwas livide, Uterus etwas weich. Mm. geschl. Rechts ein walzenförmiger, druckempfindlicher, beweglicher Tumor. Leuko 5400, Senkung 10 mm.

Diagnose: Metropathie? Rechtss. Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Drüsenhyperplasie und etwas großzelliges Stroma.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 24. 6. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbefundes und Sistieren der Blutung und Beschwerdefreiheit keine Op.

Fall 28.

1927. Kr.-Bl. 297. 23-j. Frau, 1 Geb., 1 Abort. Aufnahme: 1. 7. wegen Blutung seit 30. 6. mit Schmerzen im Unterbauch. Letzte Periode vom 25.—27. 6., 8 Tage später. Brüste ergeben wenig Colostrum. Hinten rechts vom Uterus eine walnußgroße, harte, bewegliche, druckempfindliche Resistenz. Douglas druckempfindlich. Leuko 7800, Senkung 15 mm.

Diagnose: Cystisches Ovar? Rechtss. Tubargravidität?

Nark.-Untersuchung: Der Tumor rechts als vergrößertes Ovar anzusprechen.

Abrasio: Stroma fast durchweg kleinzellig herdförmig etwas großzelliger.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 9. 7. *Epikrise:* Tastbefund gibt keinen Anhalt für Tubargr., Blutung sistiert nach Abrasio, Patientin beschwerdefrei: Op. deshalb nicht nötig.

Fall 29.

1927. Kr.-Bl. 138. 34-j. Frau. 1 Partus, 1 Ab. Aufnahme: 4. 7. wegen Dauerblutung seit Juni mit wehenartigen Schmerzen. Letzte Menstr. vom 7.—10. 4. Uterus vergrößert, hart. Mm. geschl. Adnexe unklar.

Diagnose: Metropathie? Tubargravidität?

Nark.-untersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Möglichkeit der Rückbildung einer Decidua.

Folgerung: Schleimhaut verdächtig für Tubargr. — Beobachtung.

Entlassung am 8. 7. *Epikrise:* Wegen negativem Tastbef., Sistieren der Blutung nach Abrasio keine Operation. Wahrsch. lag ein Stat. p. ab. vor.

Fall 30.

1927. Kr.-Bl. 300. 22-j. Frau. Aufnahme am 4. 7. wegen regelloser Blutung seit 23. 3. mit Abgang von Klumpen und Schmerzen im Unterbauch. Letzte Periode vom 1.—7. 2. Portio etwas livide. Uterus vergrößert, aufgelockert. Mm. geschl. Rechts weiche, unbestimmte Resistenz. Hegar- und Portio-Zeichen angedeutet. Leuko 9800, Senkung 32 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Rechtsseitige Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Placentarrest.

Folgerung: Intrauterine Gravidität.

Entlassung am 16. 7. *Epikrise:* Nach dem Ergebnis der Abrasio Operation nicht nötig.

Fall 31.

1927. Kr.-Bl. 346. 27-j. Frau. 2 Partus. Ventrifixur. Aufnahme am 1. 8. wegen mehrfacher regelloser Blutungen mit Abgang von Klumpen seit 17. 6. Letzte Menstr. vom 17.—28. 5. Lk. Brust ergibt wenig Colostrum. Uterus normal groß. Mm. geschl. Geringe unscharfe Resistenz beider Adnexe. Leuko 6400. Senkung 6 mm.

Diagnose: Metropathie? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung. Adnexe frei.

Abrasio: Zahlreiche Drüsen, Interstitium locker, kleinzellig.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 13. 8. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. nicht nötig.

Fall 32.

1927. Kr.-Bl. 431. 28-j. Frau. Aufnahme am 22. 9. wegen Dauerblutg. seit 27. 8. mit Abgang von Klumpen. Letzte Menstr. vom 23.—26. 6. Scheide und Portio etwas livide. Uterus normal groß. Mm. geschl. Lks. eine bewegliche, weichzystische, walnußgroße Resistenz. Leuko 7400, Senkung 6 mm.

Diagnose: Gestörte Gravidität? Lkss. Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Decidua serotina mit eingewanderten Chorionepithel.

Folgerung: Intrauterine Gravidität.

Entlassung am 30. 11. *Epikrise:* Wegen der Feststellung der intrauterinen Grav. Op. nicht nötig.

Fall 33.

1927. Kr.-Bl. 432. 23-j. Frau. 2 Partus. Letzte Menstr. vom 18.—22. 8. Aufnahme am 20. 9. wegen regelloser Blutg. seit 17. 9. mit Schmerzen im rechten Unterbauch. Uterus normal groß. Mm. geschl. Adnexe unklar. Leuko 6600, Senkung 15 mm.

Diagnose: Appendicitis? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Großzelliges, aber nicht deciduales Stroma.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 29. 9. Epikrise: Wegen neg. Tastbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. unnötig.

Fall 34.

1927. Kr.-Bl. 449. 23-j. Frau. Lungenspitzenkatarrh. Letzte Periode vom 28. 8.—1. 9., schwächer als sonst. Aufnahme am 1. 10. wegen Dauerblutg. seit 4. 9. mit Abgang von Klumpen. Scheide und Portio etwas livide. Uterus etwas vergrößert. Mm. geschl. Rechts eine taubeneigroße, zystische Resistenz. Hegar- und Portio-Zeichen positiv. Leuko 10600. Senkg. 4 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Placentarpolyp.

Folgerung: Intrauterine Gravidität.

Entlassung: Am 14. 10. *Epikrise:* Nach der Feststellung einer Intraut.-Grav. und dem neg. Tastbef. in Nark. Op. unnötig.

Fall 35.

1927. Kr.-Bl. 467. 30-j. Frau. 4 Partus. Aufnahme am 15. 10. wegen Dauerbtutg. seit 2. 9. mit Abgang von Klumpen, 8 Tage später als Periode erwartet. Uterus etwas vergrößert. Mm. geschl. Adnexe unklar. Leuko 6100. Senkung 15 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung? Adnexe frei.

Abrasio: Chorionzotten und Decidua.
Folgerung: Intrauterine Gravidität.
Entlassung am 25. 10. *Epikrise:* Nach der Feststellung einer intraut. Grav. Op. nicht nötig.

Fall 36.

1927. Kr.-Bl. 500. 31-j. Frau. 1 Partus. Letzte Menstr. 13.—16. 9. Aufnahme am 2. 11. Wegen regelloser Blutung seit dem 10. 10. Ziehende Schmerzen in der lk. Seite. Ut. dextrovertiert und -poniert. Mm. geschlossen. Lks. freibeweglicher taubeneigroßer Tumor (Ovar?). Rechts 2 gut mandelgroße Tumoren, der vordere wohl als verdickte Tube anzusehen.

Diagnose: Adnexitis? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Unveränderte Schleimhaut.
Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung am 14. 11. *Epikrise:* Der Tastbefund änderte sich nicht. Die Blutg. sistierte nach der Abrasio, Op. deshalb nicht nötig.

Fall 37.

1928. Kr.-Bl. 112. 34j. Frau. 1 Partus. Seit einem halben Jahr regellose Blutung und Schmerzen im rechten Unterbauch. Ut. normal groß. Mm. geschl. Lks. vom Ut. ein kleinmandarinengroßer, beweglicher, derber Tumor.

Diagnose: Ovarialtumor? Stat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Plazenta und Decidua.
Folgerung: Intrauterine Gravidität.
Entlassung am 7. 3. *Epikrise:* Wegen unveränderten Tastbef. und der Feststellung einer intrauterinen Grav. Op. unnötig.

Fall 38.

1928. Kr.-Bl. 90. 34-j. Frau. 3 Partus, 4 Aborte. Letzte Menstr. vom 9.—12. 4., schwächer und früher. Aufnahme 12. 4. wegen Schwindelgefühls seit 2 Monaten. Ut. etwas vergröß. Mm. geschl. Adnexe lks. verdickt. Leuko 7900. Senkg. 5 mm.

Diagnose: Metropathie? Lkss. Tubargravidität.
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Hyperplasie der Schleimhaut.
Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 19. 4. Epikrise: Wegen neg. Tastbef. in Nark.- und Beschwerdefreiheit nach Abrasio Op. nicht nötig.

Fall 39.

1928. Kr.-Bl. 114. 41-j. Frau. 4 Geburten, 1 Abort. Letzte Menstr. vom 29. 4. bes 2. 5., früher. Aufnahme am 12. 5. Erbrechen, Schmerzen von wehenartigem Charakter. Ut. vergrößert Mm. geschl. Adnexe unklar.

Diagnose: Klimakt. Metrorrhagie? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Hyperplasie der Schleimhaut.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 21. 5. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. und Beschwerdefreiheit nach Abrasio keine Operation.

Fall 40.

1928. Kr.-Bl. 118. 31-j. Frau. 3 Geb. Letzte Menstr. 27.—31. 3. Aufnahme am 16. 5. wegen starker Blutg. seit dem 9. 5. Ut. vergrößert, etwas weich. Mm. geschl. Lk. Adnexe verdickt.

Diagnose: Stat. p. ab.? Lkss. Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Große Placentarstücke.

Folgerung: Intrauterine Gravidität.

Entlassung am 29. 5. *Epikrise:* Wegen der Feststellung einer intraut. Grav. und dem neg. Tastbef. in Nark. Op. unnötig.

Fall 41.

1928. Kr.-Bl. 305. 21-j. Frl. Appendektomie. Letzte Menstr. Ende Jan. Aufnahme am 4. 6. wegen mehrfacher regelloser, starker Blutg. seit 3. 3. mit Abgang von Klumpen, Kreuz- und Leibschmerzen. Lk. Brust: Wenig Colostrum. Ut. etwas weich. Mm. geschl. Lk. Tube verdickt. Leuko 6600, Senkg. 2 mm.

Diagnose: Metropathie? Lkss. Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Starke Hyperplasie der Drüsen.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 12. 6. Epikrise: Wegen neg. Tastbef. in Nark. Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. nicht nötig.

Fall 42.

1928. Kr.-Bl. 321. 23-j. Frau. 4 Partus, Abrasio. Letzte Menstr. vom 25.—30. 4. Aufnahme am 14. 6. wegen Dauerblutg. seit Ende Mai. Ut. retrovertiert und -flectiert. Mm. geschl. Lks. umschriebene daumendicke Verdickung. Leuko 8200. Senkung 9 mm.

Diagnose: Metropathie? Adnextumor? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Hyperplasie der Schleimhaut.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung am 23. 6.*Epikrise:* Keine Veränderung des Tastbef. Sist. der Blutg. nach Abrasio. Op. deshalb unnöt.

Fall 43.

1928. Kr.-Bl. 186. 44-j. 9 Partus, 1 Abort. Aufnahme am 25. 7. wegen Dauerblutg. seit 6. 7. nach neunwöchentlicher Amenorrhoe. Ut. etwas vergrößert und weich. Mm. geschlossen. Lks. gut beweglicher, pflaumengroßer, prall elastischer Tumor. Hegar-Zeichen angedeutet.

Diagnose: Stat. p. ab.? Extrauteringravidität?
Narkoseuntersuchung: Bef. wie oben.

Abrasio: Plazenta- und Deciduarreste. Entzündl. Infiltrat.

Folgerung: Endometritis nach intraut. Ab.
Entlassung am 3. 8. *Epikrise:* Wegen Feststellung einer Endometr. nach intraut. Ab. und unveränderten Tastbef. keine Operation.

Fall 44.

1928. Kr.-Bl. 412. 27-j. Frau. 2 Partus, 1 Ab. Letzte Menstr. vom 1. 5.—5. 5. Aufnahme am 4. 8. wegen regelloser Blutg. seit 7. 6. mit Abgang vom Klumpen. Portio etwas livide. Uterus etwas weich. Mm. geschl. Lk. Adnexe verdickt. Douglas druckempfindlich. Leuko 7600. Skg. 4 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Leichte Endometritis.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung am 13. 8. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. nicht nötig.

Fall 45.

1928. Kr.-Bl. 416. 30-j. Frau. 3 Geb. Letzte Menstr. vom 15.—18. 4. Aufnahme am 7. 8. Seit Mai unregelmäßige Blutg. mit ständigen ziehenden Schmerzen im Leib. Brüste: etwas Colostrum. Ut. normal groß. Mm. geschl. Lk. Parametrium verkürzt. In Nähe der Beckenschaufel und im Douglas weiche nicht scharf abgrenzbare Resistenz. Leuko 7800. Skg. 23 mm.

Diagnose: Metropathie? Lkss. Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Ovarien vergrößert. Kein Tumor.

Abrasio: Keine Veränderung der Schleimhaut.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung am 13. 8. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Operation.

Fall 46.

1928. K.-Bl. 442. 27-j. Frau. Letzte Menstr. 17.—19. 7. Aufnahme am 16. 8. wegen mäßiger, regelloser Blutg. seit 2. 8. Ut. etwas weich. Mm. geschl. Lks. walnußgroße Resistenz Leuko 7200, Senkung 6 mm.

Diagnose: Metropathie? Lkss. Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Drüsenreiche Schleimhaut mit lockerem, spindelzelligem Stroma.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 28. 8. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Operation nicht nötig.

Fall 47.

1928. Kr.-Bl. 596. 31j. Fr., 1 Partus. Letzte Periode 4.—10. 9., stärker. Aufnahme am 5. 11. wegen Dauerblutung mit Abgang von Klumpen seit 14. 10. Portio etwas livide. Ut. normal groß. Mm. geschl. Lks. vom Ut. eine sehr druckempfindliche diffuse Resistenz. Leuko 9300, Senkung 3 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Lkss. Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Linkes Ovar vergrößert.

Abrasio: Geringe Hyperplasie der Schleimhaut und interstitielle Endometritis.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 13. 11.

Epikrise: Wegen des Tatbefunds in Narkose und Sist. der Blutg. nach Abrasio Operation unnötig.

Fall 48.

1928. Kr.-Bl. 691. 32j. Fr., 1 Partus, Wochenbettfieber. Letzte Periode 25.—29. 10. Aufnahme am 27. 12. wegen regelloser Blutg. Ut. normal groß, Mm. geschl. Lks. ein walnußgroßer, beweglicher Tumor. Leuko 7900. Skg. 25 mm.

Diagnose: Adnextumor? Metropathie? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Normale Schleimhaut.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung. Entlassung am 11. 1.

Epikrise: Wegen unveränderten Tastbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Operation nicht nötig.

Fall 49.

1929. Kr.-Bl. 24. 30j. Fr. Pleuritis, Appendektomie, 1 Totgeburt. Letzte Periode 6.—11. 11. Aufnahme am 11. 1. wegen regelloser Blutg. seit Ende Nov. Brechreiz, Schmerzen im Unterbauch, Schwindel. Brüste: Wenig Colostrum. Ut. etwas vergrößert. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt. Lk. Ovar vergrößert. Leuko 6600, Senkung 32 mm, Hb. 70%.

Diagnose: Adnexitis? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Großzellige Schleimhaut, sehr deciduaähnlich, die Drüsen jedoch nicht geschlängelt.

Folgerung: Schleimhautbid für Tubargravidität verdächtig. Beobachtung beschlossen.

Entlassung am 25. 1. *Epikrise:* Wegen unveränderten Tastbef. und Sistieren der Blutg. nach Abrasio keine Operation. Wahrscheinlich Stat. p. Ab.

Fall 50.

1929. Br.-Bl. 52. 24j. Fr. Gonorrhoe, Lues. Letzte Periode Ende Okt. 28. Aufnahme am 23. 1. wegen regelloser Blutg. seit 20. 12. Ut. etwas vergrößert. Mm. geschlossen. Rechte Adnexe verdickt. Leuko 6600. Senkg. 5 mm.

Diagnose: Adnexitis? Rechtss. Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Vergrößerte Drüsen, Stroma nicht decidual.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 8. 2. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Operation.

Fall 51.

1929. Kr.-Bl. 89. 23-j. Fr. Menstr. 9.—1. 11., schwächer. Aufnahme 12. 2. wegen Dauerblutg. seit 25. 1. Ut. normal groß. Mm. geschl. Lks. eine walnußgroße, zystische bewegliche Resistenz. Hb. 72%, Leuko 12000, Senkg. 2 mm.

Diagnose: Metropathie? Stat. p. ab.? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Stroma nirgends decidual. An den Drüsen keine Hyperplasie.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 9. 3. *Epikrise:* Wegen unveränderten Tastbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Operation.

Fall 52.

1929. Kr.-Bl. 164. 34j. Fr. 4 Geb., 1 Abort. Letzte Menstr. 1.—10. 1., stärker. Aufnahme am 23. 3. wegen Dauerblutg. seit 25. 2. mit Abgang von Klumpen. Ut. dextrovertiert. Mm. geschl. in rechter Adnexgegend länglicher weicher Tumor. Hb 85%, Leuko 5200, Senkg. 4 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Schleimhaut atrophisch, Stroma kleinzellig.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 2. 4. *Epikrise:* Wegen unveränderten Tastbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Operation, wahrscheinlich praeklimakt. Metropathie.

Fall 53.

1929. Kr.-Bl. 138. 30j. Fr. 5 Partus, 1 Abort. Letzte Menstr. 8.—16. 2. Aufnahme 21. 5. wegen Dauerblutg. seit 22. 3. Ut. etwas groß, Mm. geschl. Rechtes Ovar vergrößert. Lk. Adnexe verdickt. Leuko 3000, Senkg. 3 mm.

Diagnose: Endometritis post ab.? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Decidua basalis mit eingewanderten Chorionepithelien.
Folgerung: Intrauterine Gravidität.
Entlassung: 6. 6. *Epikrise:* Wegen Feststellung einer intrauterinen Grav. und unveränderten Tastbef. keine Operation.

Fall 54.

1929. Kr.-Bl. 309. 29j. Fr. 4 Geb., 1 Abort. Aufnahme 1. 6., Blutg.-Schema: 25. 2.—1. 3., 28. 3.—3. 4., 1. 5.—1. 6. Ut. etwas weich Mm, geschl. Lk, Adnexe verdickt, Scheide und Portio etwas livide.
Diagnose: Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.
Abrasio: Geringe Drüsenhyperplasie.
Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung am 12. 6. *Epikrise:* Wegen unveränderten Tastbefunds und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Operation, wahrscheinlich Metropathie.

Fall 55.

1929. Kr.-Bl. 351. 29-j. Frau. 2 Geb., 1 Abort. Letzte Menstr. 18. 4.—31. 4. Aufnahme am 2. 7. wegen Dauerblutg. seit 11. 6. mit Abgang von Klumpen. Ut. retroponiert, etwas weich. Mm. geschl. Lks. ein längliches Gebilde fühlbar. Lk. Parametrium verkürzt. Leuko 6800, Skg. 5 mm.
Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.
Abrasio: Placentarstück, nekrotisch und verkalkt.
Folgerung: Intraut. Gravidität.
Entlassung am 18. 7. *Epikrise:* Nach der Feststellung einer intrauterinen Gravidität und wegen unveränderten Tastbef. Operation nicht nötig.

Fall 56.

1929. Kr.-Bl. 166. 35j. Fr. Letzte Menstr. 3. 8. Aufnahme 8. 8., am 5. und 6. 8, leichte Blutg., seit 7. 8. sehr starke Blutg., Schwächegefühl. Uterus retrovertiert. Mm. geschl., lks. unbestimmte Resistenz.
Diagnose: Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Abtragung eines Polypen. Schleimhaut großzellig, nicht decidual.
A.-Z.-R. negativ.
Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 12. 8. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. in Nark., neg. Erg. der A.Z.R. und Wohlbefinden der Pat. nach Abrasio Operation nicht nötig.

Fall 57.

1929. Kr.-Bl. 439. 25j. Fr. Letzte Menstr. 26.—30. 7. krampfartige Schmerzen. Aufnahme 20. 8. wegen Blutg. seit 18. 8., auch 3.—5. 8. leichte Blutg., Ut. etwas weich. Mm. geschl. Rechts weiche Resistenz. Hb 75% Leuko 6300. Senkg. 5 mm.

Diagnose: Metropathie? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Drüsen vermehrt und etwas erweitert, Stroma großzellig. Entzündung.
Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung am 11. 9. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Op.

Fall 58.

1929. Kr.-Bl. 488. 25j. Frl. 1 Abort. Letzte Menstr. 29. 4. bis 3. 5. Aufnahme 16. 9. wegen mehrfacher mäßiger Blutg. seit 17. 6. mit Abgang von Klumpen, ziehende Schmerzen im Leib und Kreuz. Brüste: Wenig Colostrum. Ut. retroponiert, etwas weich. Mm. geschl. Adnexe unklar. Hb 85%. Leuko 4200. Senkg. 2 mm.
Diagnose: Metropathie? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Schleimhaut unverändert.
Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung am 27. 9. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. in Narkose und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Operation.

Fall 59.

1929. Kr.-Bl. 501. 25j. Fr. Letzte Menstr. 30. 5.—4. 6. Aufnahme am 21. 9. wegen regelloser Blutg. seit 1. 9. mit Abgang von Klumpen. Brüste: Wenig Colostrum. Ut. etwas vergrößert. Mm. geschl. Adnexe unklar.
Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Decidua basalis mit chorialen Epithelien und Riesenzellen. Entzündung.
Folgerung: Endometritis post abortum.
Entlassung am 15. 10. *Epikrise:* Nach der Feststellung einer Endometritis post abortum, und nach dem neg. Adnexbef. Operation nicht nötig.

Fall 60.

1929. Kr.-Bl. 567. 43j. Fr., 2 Geb., 1 Ab. Letzte Menstr. Anf. Sept. Aufnahme 6. 11. wegen regelloser Blutg. seit 24. 10. Ut. hühnereigroß. Mm. geschl. Adnexe unklar. Leuko 8600, Senkg. 4 mm.
Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Schleimhaut kleinzellig, geringe Wucherung der Drüsen.
Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 13. 11. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Operation nicht nötig.

Fall 61.

1929. Kr.-Bl. 633. 27j. Fr. Appendektomie. Letzte Menstr. 1.—6. 11. Aufnahme am 16. 12. wegen regelloser Blutg. mit Abgang von Klumpen seit 25. 11., krampf-

artige Schmerzen, bes. im linken Unterbauch. Ohnmachtsanfall am 5. 12. Ut. hühnereigroß, weich. Mm. geschl. Rechte Adnexe unklar, auch an lk. Adnexen weiche Resistenz. Portio-Zeichen positiv.

Diagnose: Gestörte Grav.? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Rechte Adnexe unklar — Verwachs.?

Abrasio: Völlige Hyperplasie des Stroma. Reichlich lymphocyt. und leukocyt. Infiltration. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 2. 1. auf eigene Verantwortung.

Epikrise: Tubargravidität nicht sicher ausgeschlossen, die vorgeschlagene Operation wurde verweigert.

Fall 62.

1930. Kr.-Bl. 216. 42j. Fr. 3 Partus. Letzte Periode 27.—29. 11. Aufnahme 15. 4. wegen starker Blutg. seit 12. 4. nach Amenorrhoe. Ut. vergrößert und weich. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt. Hegar- und Portio-Zeichen angedeutet. Leuko 6800, Skg. 8 mm, Hb 70%.

Diagnose: Stat. p. ab.? Rechtss. Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei. A.-Z.-R. neg.

Abrasio: Zystisch-glanduläre Hyperplasie.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 16. 4. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und neg. Ergeb. der A.-Z.-R. und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Op., wahrsch. praeklimakt. Metropathie.

Fall 63.

1930. Kr.-Bl. 221. 19j. Frl. Letzte Periode 31. 1.—7. 2. Aufnahme 22. 4. wegen Dauerblutg. seit 18. 2. Starke Leib- und Kreuzschmerzen. Portio etwas livide. Ut. vergrößert, weich. Mm. geschl. Links ein prallzystischer, hühnereigr. Tumor. Hegar- und Portio-Zeichen angedeutet. Hb 70%. Leuko 4800, Senkung 10 mm.

Diagnose: Juvenile Metropathie? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Etwas großzelliges Stroma. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 2. 5. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. Sist. der Blutg. nach Abr. keine Op. Ovarialzyste lks.

Fall 64.

1930. Kr.-Bl. 258. 29j. Fr. Letzte Menstr. 6.—9. 3. Aufnahme 7. 5. wegen regelloser Blutg. seit 4. 4. Ut. normal groß. Mm. geschl. Adnexe unklar. Leuko 9300. Senkg. 3 mm.

Diagnose: Metropathie? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Zellvermehrung im Stroma. Drüsenapparat kaum vermehrt. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 17. 5. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abr. keine Operation.

Fall 65.

1930. Kr.-Bl. 157. 25j. Fr. 1 Partus. Letzte Menstr. 29. 4.—8. 5., stärker, Aufnahme 23. 5. wegen regelloser Blutg. seit 18. 5. mit Abgang von Klumpen. Ut. normal groß. Mm. geschl. Linke Adnexe verdickt. Leuko 7800, Skg. 5 mm.

Diagnose: Metropathie? Lkss. Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Leichte Drüsenschlängelung. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 5. 6. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abr. keine Operation.

Fall 66.

1930. Kr.-Bl. 339. 33j. Frau, 1Ab. Letzte Menstr. 14.—16. 4. Aufnahme 16. 6, wegen dauernder, mäßiger Blutg. seit 14. 5. Im Unterbauch leichtes Spannungsgefühl. Ut. hühnereigroß. Mm. geschl. Rechts 2 taubeneigroße glatte Körper, beweglich, derb. Leuko 6800. Senkg. 7 mm. Hb 82%.

Diagnose: Metropathie? Stat. p. ab.? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Verdickte Schleimhaut, Vermehrung der Drüsen und einige Zysten. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 2. 7. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. und Sist. der Blutg. nach Abr. und neg. Ergeb. der A.-Z.-R. keine Operation, wahrsch. praeklimakt. Metropathie.

Fall 67.

1930. Kr.-Bl. 404. 24j. Fr., 1 Partus. Letzte Menstr. 25. 3.—2. 4. Aufnahme 15. 7, wegen Dauerblutg. seit 8. 5. mit Abgang von Klumpen. Ut. gänseeigroß. Mm. geschl. Rechte Tube verdickt. Hb 80%. Leuko 6200. Senkg. 3 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Decidua basalis.

Folgerung: Intraut. Gravidität.

Entlassung: 21. 8. *Epikrise:* Nach der Feststellung einer intraut. Grav. und nach neg. Tastbef. in Nark. Op. unnötig.

Fall 68.

1930. Kr.-Bl. 415. 36j. Fr. Aufnahme 21. 7. Blutg.-Schema: 15.—23. 2., 15. 4.—6. 5., 22. 6.—21. 7., Kreuzschmerzen. Ut. normal groß. Mm. geschl. Lks. ein taubeneigroßer, harter Tumor. Hb. 80%, Leuko 6200, Senkg. 2 mm.

Diagnose: Metropathie? Lkss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Zystisch erweiterte Drüsen. Großzelliges, sehr dichtes Stroma. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 31. 7. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abr. und neg. A.-Z.-R. Operation nicht nötig.

Fall 69.

1930. Kr.-Bl. 418. 28j. Fr. Letzte Periode 1.—5. 4. Aufnahme 21. 7. wegen Dauerblutg. seit 7. 6. mit Abgang von Klumpen. Portio etwas livide. Ut. etwas weich. Mm. geschl. rechts walnußgroßer, beweglicher Tumor. Leuko 5700. Senkg. 2 mm. Hb 76%.

Diagnose: Metropathie? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Großzelliges, nicht deciduales Stroma, Drüsen etwas weit und geschlängelt. A.-Z.-R. neg.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung 31.7. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abr. und neg. A.-Z.-R. keine Operation.

Fall 70.

1930. Kr.-Bl. 665. 39j. Fr. 6 Geb. Letzte Menstr. 20.—22. 9. Aufnahme 28. 11, wegen regelloser Blutg. seit 12. 11. Am 12. 10. war eine ganz leichte Periodenblutg. Ut. retroponiert, etwas vergrößert und weich. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt. Leuko 6300, Senkg. 20 mm, Hb 65%.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Stark entzündete Decidua basalis mit anhängenden Zottenteilen.
Folgerung: Endometritis p. ab.
Entlassung: 10. 12. *Epikrise:* Nach der Feststellung einer Endometr. p. ab. und nach neg. Adnexbef. in Nark. Operation unnötig.

Fall 71.

1931. K.-Bl. 76. 37j. Fr., 2 Geb., letze Menstr. 25. 10.—2. 11., schwächer. Aufnahme 3. 2. wegen schwachen Blutg. seit 6. 1. mit Abgang von Klumpen. Brüste: Wenig Colostrum. Ut. weich. Mm. geschl. Adnexe unklar. Hb 80%. Leuko 4800. Senkg. 2 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Einige Narben in der Schleimhaut mit hyalinem Charakter, welche offenbar umschlossene Teile von Decidua basalis sind.
Folgerung Intrauterine Gravidität.
Entlassung: 9. 2. *Epikrise: W*egen der Feststellung einer intraut. Grav. und dem neg. Adnexbef. keine Op.

Fall 72.

1931. Kr.-Bl. 51. 31j. Fr. 2 Geb., letzte Menstr. 8.—13. 1. Aufnahme 24. 3. wegen Dauerblutg. seit 13. 3. Ziehende Schmerzen im rechten Unterbauch. Ut. retroflektiert, gänseeigroß. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Placentarstücke und Decidua. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Intrauterine Gravidität.

Entlassung: 4. 4. *Epikrise:* Wegen Feststellung einer intraut. Grav. und neg. Tastbef. in Nark. Op. unnötig.

Fall 73.

1931. Kr.-Bl. 134. 41j. Fr., 1 Geb., 1 Ab. Letzte Menstr. 28.—31. 3. Aufnahme 30. 4. wegen Dauerblutg. seit 11. 4. Portio etwas livide. Uterus normal groß. Mm. geschl. Rechts pflaumengroße zystische Resistenz. Leuko 5600, Senkg. 12 mm, Hb 70%.

Diagnose: Praeklimakt. Metropathie? Tubargrav.?

Nakroseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Drüsenarme Schleimhaut. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung 19. 5. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. unnötig.

Fall 74.

1931. Kr.-Bl. 531. 34j. Fr. 3 Partus, Appendektomie, Endometritis, Abrasio. Letzte Menstr. 24.—26. 7. Aufnahme am 2. 9. wegen regelloser Blutg. seit 26. 8., Kreuzschmerzen. Scheide und Portio livide, Uterus vergrößert, Mm. geschl. Hinter und links vom Uterus undeutliche Resistenz. Hb 90%, Leuko 6500, Senkg. 15 mm.

Diagnose: Metropathie? Stat. p. ab.? Tubargravidität?

Nakroseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Compakta ähnlich wie bei beginnender decidualer Umwandlung. Drüsen etwas vermehrt. A.-Z.-R. negativ.

Folgerung: Schleimhaut für Tubargr. verdächtig — Beobachtung.

Entlassung: 15. 9. *Epikrise:* Der anfänglich getastete Tumor wurde kleiner, Blutg. sistierte nach Abrasio, A.-Z.-R. war negativ; Op. deshalb nicht nötig.

Fall 75.

1931. Kr.-Bl. 666. 36j. Fr. 2 Aborte, Op. wegen Tubargr. lks. Letzte Menstr. 23.—30. 9. Aufnahme 28. 11. wegen Dauer-Blutg. seit 23. 10. mit Abgang von Klumpen und Fetzen. Scheide und Portio etwas livide, Ut. etwas vergrößert. Mm. geschlossen. Rechts weiche hühnereigroße Resistenz. Hb 70%, Leuko 7300, Senkg. 6 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Rechtss. Tubargr.?

Narkoseuntersuchung: Rechtes Ovar vergrößert.

Abrasio: An vielen Stellen vollkommen deciduaartige Hyperplasie des Stromas. A.-Z.-R. neg.
Folgerung Schleimhaut für Tubargr. verdächtig — Beobachtung.
Entlassung am 10. 12. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef., Sist. der Blutg. nach Abrasio, neg. A.-Z.-R. keine Operation. Wahrsch. Stat. p. ab.

Fall 76.

1932. Kr.-Bl. 1. 21j. Frau, 1 Geb., 2 Ab., Appendektomie. Letzte Periode 24.—29. 10. Aufnahme 1. 1. wegen regelloser Blutg. seit 26. 12. mit Abgang von Klumpen. Ut. retroflectiert. Mm. geschlossen. Linke Adnexe unklar. Hb 75%, Leuko 4200, Senkung 20 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Linkss. Tubargr.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Hyperplasie. Decidua mit eingewanderten Chorionepithelien.
A.-Z.-R. H. V. R. I pos.
Folgerung: Intraut. Grav.
Entlassung am 9. 1. *Epikrise:* Nach Feststellung einer intraut. Grav., neg. Tastbef. in Nark. Op unnötig.

Fall 77.

1932. Kr.-Bl. 37. 23j. Fr. 1 Partus Letzte Menst. 24.—26. 11. Aufnahme 18. 1. wegen starker Dauerblutg. seit 26. 12., starke Schmerzen und Schwächezustände. Brüste: wenig Colostrum. Ut. normal groß, Mm. geschl. Lk. Tube verdickt. Hb 85%, Leuko 7400, Senkg. 3 mm.

Diagnose: Metropathie? Linkss. Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Zellreiches Stroma. Hyperplasie der Drüsen.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 26. 1. *Epikrise:* Wegen unveränderten Tastbef. der Adnexe, Sist. der Blutg. nach Abrasio und neg. A.-Z.-R. Operation unnötig.

Fall 78.

1932. Kr.-Bl. 65. 35j. Fr. 3 Ab. Letzte Menstr. 25.—28. 11. Aufnahme 28. 1. wegen regelloser Blutg. seit 27. 1. mit Abgang von Klumpen. Heftige Schmerzen, Ohnmacht. Portio etwas livide. Ut. vergrößert, weich. Mm. geschlossen. Lks. weiche Resistenz. Leuko 6800, Senkg. 5 mm, Hb 85%.

Diagnose: Metropathie? Lkss. Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Schleimhaut ohne bes. Veränderungen.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 2. 2. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. der Adnexe und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Operation.

Fall 79.

1932. Kr.-Bl. 205. 23j. Fr. Appendektomie. Ulcus ventrikuli. Letzte Menstr. 27. 1.—4. 2. Aufnahme 12. 4. wegen regelloser Blutg. seit 31. 3. Schmerzen im Kreuz und Leib. Ut. normal groß. Mm. geschl. Rechts unklare Resistenz. Hb 78%, Leuko 6400, Senkg. 9 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargrav.?

Nakroseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Glanduläre Hyperplasie. Möglichkeit einer Decidua in Rückbildung.

Folgerung: Schleimhaut für Tubargr. verdächtig — Beobachtung.

Entlassung 16. 4. *Epikrise:* Weg. neg. Tastbef. in Nark. und Sist. der Blutg. keine Operation. Wahrsch. Stat. p. ab.

Fall 80.

1932. Kr.-Bl. 242. 31j. Fr. 2 Geb., 2 Ab. Letzte Periode 1 —4. 4., schwächer und später. Aufnahme 3. 5. wegen Dauerblutung seit 14. 4. mit Abgang von Klumpen, Kopfschmerzen. Ut. normal groß. Mm. geschl. Rechts weing beweglicher, hühnereigroßer Tumor, ebenso lks. unregelmäßiger Tumor. Hb 95%, Leuko 12200, Senkg. 9 mm.

Diagnose: Metropathie? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Schleimhaut ohne Strukturveränderung.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung 14. 5. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio und neg. A.-Z.-R. keine Operation.

Fall 81.

1932. Kr.-Bl. 120. 40-j. Frau. 1 Partus, 1 Ab. Endometr. Letzte Menstr. 24. bis 27. 4. Aufnahme 17. 5. wegen geringen Blutungen seit 3. 5., ziehende Schmerzen im Unterleib. Ut. vergr. Mm. geschl. Lks. ein kleinapfelgroßer Tumor. Hb. 90%, Leuko 5400, Senkg. 4 mm.

Diagnose: Metropathie? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Mäßige zystische Erweiterung der Drüsen.

A.-Z.-R. vor Abrasio pos., nach Abrasio neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 30. 5. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef., Sist. der Blutg. nach Abrasio und neg. A. Z. R. keine Operation.

Fall 82.

1932. Kr.-Bl. 367. 23-j. Frau. 2 Partus. Letzte Menstr. 30. 4.—4. 5. Aufnahme 21. 7. wegen unregelmäßigen Blutg. seit 12. 6. mit Abgang von Klumpen. Stechende Schmerzen im Kreuz. Ut. normal groß. Mm. geschl. Lks. walnuß-

große Resistenz. Hegar- und Portio-Zeichen angedeutet. Hb. 65%, Leuko 8200, Senkg. 6 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Lkss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Reichliches und dichtes Stroma, vorwiegend aus runden Zellen bestehend.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig, Beobachtung.

Entlassung: 16. 7. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. in Nark. und Sist. der Blutung nach Abrasio keine Operation.

Fall 83.

1932. Kr.-Bl. 372. 20-j. Frau. Letzte Menstr. 19.—23. 6. Aufnahme 14. 7. wegen regelloser Blutg. seit 26. 6., stechende Schmerzen im li. Unterbauch. Brüste: Wenig Colostrum. Ut. Sinistroponiert. Mm. geschl. Rechts unklare Resistenz.

Diagnose: Metropathie? Rechtss. Tubargrav.?

Hb. 80%, Leuko 6800, Senkg. 6 mm.

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Möglichkeit der rückgebildeten Decidua.

Folgerung: Schleimhaut für Tubargrav. verdächtig, Beobachtung A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 23. 7. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abr. und neg. A. Z. keine Op.

Fall 84.

1932. Kr.-Bl. 445. 26-j. Frau. 1 Partus, Gonorrhoe. Letzte Menstr. 27.—29. 7. Aufnahme 16. 8. wegen regelloser, stark. Blutg. seit 13. 8. Schwächeanfälle. Scheide und Portio etwas livide. Ut. normal groß. Mm. geschl. Lks. hühnereigroßer, derber Tumor. Hinter dem Ut. undeutliche Resist. Hb. 70%, Leuko 9700, Senkg. 13 mm.

Diagnose: Metropathie? Lkss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Bef. wie oben.

Abrasio: Glanduläre Hyperplasie. Sägeform der Drüsen.

Stroma an einer Stelle deciduaähnlich. Lympho- und leukocytäre Infiltration. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut für Tubargr. verdächtig. Beobachtg.

Epikrise: Nach mehreren Provokationen wurden Gonokokken gefunden; der unveränderte Adnexbef. wurde als Adnexitis go. Natur angesprochen.

Fall 85.

1932. Kr.-Bl. 227. 24j. Frau. Letzte Menstr. 1.—2. 7., schwächer. Aufnahme 24. 9. wegen plötzlicher, starker Blutg. Wehenartige starke Schmerzen im Unterleib rechts. Schwindelanfall, Frösteln. Ut. vergr. Mm. geschl. Adnexe unklar. Hb. 75%, Leuko 11800, Senkg. 8 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Extrauteringr.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Schlaffe Deciduallamelle ohne Placentarzotten. Entzündliche Infiltration. Folgerung: Schleimhaut für Tubargr. verdächt. — Beobachtung.

Entlassung: 8. 10. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Operation. Als Stat. p. ab. aufgefaßt.

Fall 86.

1932. Kr.-Bl. 544. 33-j. Frau. 3 Partus. Letzte Menstr. 16.—22. 9. Aufnahme 17. 10. wegen regelloser Blutg. seit 30. 9. Schmerzen im rechten Unterbauch. Schede und Portio etwas livide. Ut. plump. Mm. geschl. Lk. Adnexe verdickt. Hb. 84%. Leuko 9300. Senkg. 2 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Lkss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Plazentarstücke. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Intraut. Grav.

Entlassung am 27. 10. *Epikrise:* Nach Feststellung einer intraut. Grav. und neg. Tastbef. in Nark. Op. unnötig.

Fall 87.

1932. Kr.-Bl. 589. 28-j. Frau. 4 Partus. Letzte Menstr. 7.—11. 11. Aufnahme 14. 11. wegen erneuter Blutg. und Schmerzen im Unterbauch. Scheide und Portio etwas livide. Ut. nach rechts liegend. Mm. geschl. In lk. Adnexgegend weiche Resistenz. Hb. 60%. Leuko 10200, Senkg. 35 mm.

Diagnose: Metropathie: Lkss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Ovarialtumor lks.

Abrasio: Schleimhaut ohne bes. Veränderung.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung am 19. 10. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und neg. A.-Z.-R. keine Operation.

Fall 88.

1933. Kr.-Bl. 94. 25-j. Fr. 1 Partus. Aufnahme 20. 2. wegen der starken und langen Perioden seit Partus. Letzte Menstr. 28. 1.—11. 2. Ut. vergrößert. Mm. geschl. Rechts hühnereigroßer, zystischer, länglicher Tumor. Hb. 70%, Leuko 15000 Senkg. 11 mm.

Diagnose: Metropathie? Rechtsseitige Tabargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Akute Endometritis. A.Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung 8. 3. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Beschwerdefreiheit nach Abrasio keine Op.

Fall 89.

1933. Kr.-Bl. 136. 33-j. Frau. 3 Partus. Letzte Menstr. 15.—21. 10. Aufnahme 10. 3. Blutg.-Schema: 30. 11.—4. 12., 15.—20. 1., ab 25. 2. Dauerblutg.

Schmerzen im Unterbauch. Brüste: wenig Colostrum. Ut. sinistroponiert. Mm. geschl. Rechts weiche Resistenz. Rechtes Scheidengewölbe etwas vorgewölbt. Hb. 72%, Leuko 8400, Senkg. 8 mm.

Diagnose: Stat. p. ab? Rechtsseitige Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Glanduläre Hyperplasie. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 23. 3. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abr. keine Operation. Wahrscheinlich Stat. p. ab.

Fall 90.

1933. Kr.-Bl. 221. 40-j. Frau, 2 Geb., 1 Ab. Letzte Menst. 27. 2.—3. 3. Aufnahme 30. 4. wegen regelloser Blutg. seit 15. 4. Krampfartige Schmerzen im Kreuz und lk. Unterbauch. Brüste: Viel Colostrum. Portio livide. Ut. vergr., aufgelockert. Mm. geschl., lk. Adnexe verdickt. Hb. 88%, Leuko 6600. Senkg. 4 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Lkss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Lks. kleinhühnereigroßer Tumor.

Abrasio: Stroma stellenweise deciduaähnlich.

Folgerung: Schleimhaut für Tubargr. verdächt. — Beobachtung.

Entlassung am 11. 5. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio und neg. A. Z. R. keine Operation. Als Stat. p. ab. aufgefaßt.

Fall 91.

1933. Kr.-Bl. 527. 29j. Frau. 3 Partus. Letzte Periode Ende Juli. Aufnahme 17. 10. wegen regelloser Blutg. seit Sept. Kreuzschmerzen. Ut. retrovertiert. Mm. geschl. Adnexe lk. verdickt. Hb. 85%, Leuko 8000, Senkg. 2 mm.

Diagnose: Metropathie: Lkss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Glanduläre Hyperplasie. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung 28. 10. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abrasio und neg. A. Z. keine Op.

Fall 92.

1934. Kr.-Bl. 75. 28-j. Frau. 1 Ab., letzte Menstr. 12.—17. 1. schwächer, später. Aufnahme 30. 1. wegen regelloser Blutg. seit 24. 1. mit Abgang von Klumpen. Kreuzschmerzen. Ut. etwas weich. Mm. geschl. Adnexe lks. zu Haselnußgröße, rechts zu Eigröße verdickt. Leuko 9000, Skg. 2 mm, Hb. 80%.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Schleimhaut verdächtig auf vorangegangene Grav.

Folgerung: Schleimhaut für Tubargrav. verdächt. — Beobachtung.

Entlassung am 5. 2. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio und neg. A.-Z.-R. keine Operation. Als Stat. p. ab. aufgefaßt.

Fall 93.

1934. Kr.-Bl. 135. 39-j. Frau. 2 Partus, letzte Menstr. 24.—31. 1. Aufnahme 21. 2. wegen regelloser Blutg. seit 4. 2. Kreuzschmerzen. Errosion der Portio. Ut. normal groß. Mm. geschl. Adnexe unklar. Hb. 75%, Leuko 6400, Senkg. 16 mm.

Diagnose: Metropathie? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Chron. und akute Endometritis.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

A.-Z.-R.: H. V. R. I pos.

Entlassung am 3. 3. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abr. keine Operation.

Fall 94.

1934. Kr.-Bl. 219. 33-j. Frau. 2 Partus, 2 Ab. Letzte Menstr. 7.—9. 1. Aufnahme 27. 3. wegen regelloser Blutg. seit 7. 3. mit Abgang von Klumpen, Schmerzen im rechten Unterbauch, Ut. weich. Mm. geschl. Rechte Adnexe etwas verdickt.

Diagnose: Stat. p. ab. Rechtss., Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Bef. wie oben.

Abrasio: Rückgebildete Decidua, Chorionepithelien.

Folgerung: Intrauterine Grav. A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 3. 4. *Epikrise:* Wegen Feststellung einer intraut. Grav. und unveränderten Adnexbef. Operation unnötig.

Fall 95.

1934. Kr.-Bl. 68. 28-j. Frau. Letzte Menstr. 5.—9. 3. Aufnahme 29. 4. wegen regelloser Blutg. seit 26. 4. mit Abgang von Fetzen Wehenartige Schmerzen. Ut. vergrößert. Mm. geschl. Adnexe unklar. Hb. 90%, Leuko 7000, Senkg. 15 mm.

Diagnose: Stat. p.ab.? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Deciduastücke mit Hyalinbildung. Chorionepithelien infolge starker Entzündung nicht sicher festzustellen.

Folgerung: Intraut. Grav. A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 5. 5. *Epikrise:* Durch die Feststellung einer Intrauteringrav. und neg. Adnexbef. Operation unnötig.

Fall 96.

1934. Kr.-Bl. 312. 36-j. Frau. 2 Partus. Letzte Periode 16.—22. 3. Aufnahme 11. 5. wegen regelloser Blutg. seit 16. 4. mit Abgang von Klumpen Portio livide. Ut. vergröß. etwas nach lks. verlagert. Mm. geschl., Rechts weiche Resistenz. Hegar- und Portio-Z. angedeutet. Leuko 8400, Senkg. 8 mm. Hb. 57%.

Diagnose: Stat. p. ab.? Rechtss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Plazentarreste. A.-Z.-R. vor Abr. pos., nach Abr. neg.

Folgerung: Intraut. Grav.

Entlassung: 26. 5. *Epikrise:* Durch die Feststellung einer intraut. Grav. und neg. Adnexbef. in Nark. Op. unnötig.

Fall 97.

1934. Kr.-Bl. 357. 15-j. Mädchen. Letzte Periode 24.—29. 4. Aufnahme 4. 6. wegen regelloser Blutg. seit 15. 5. mit Abgang von Klumpen. Brechreiz. Schweißausbrüche. Heftige Schmerzen im lk. Unterbauch. Ut. normal groß. Mm. geschl. Lk. Adnexe verdickt. Hb. 70%, Leuko 7000, Senkg. 35 mm.

Diagnose: Metropathie? Stat. p. ab.? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Drüsen leicht hyperplastisch. Stroma etwas großzellig. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 23. 6. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Operation.

Fall 98.

1934. Kr.-Bl. 386. 33-j. Fr. 2 Partus. Letzte Menstr. 27.—30. 4. Aufnahme 21. 6. wegen Dauerblutg. seit 26. 5., Übelkeit, Mattigkeit, Scheide und Portio etwas livide, Ut. vergröß. retrovertiert anteflectiert. Mm. geschl. Lk. Adnexe etwas verdickt. Hegar- und Portio-Z. angedeutet. Hb. 65%, Leuko 13000. Senkg. 14 mm.

Diagnose: Metropathie? Stat. p. ab.? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Bef. wie oben.

Abrasio: Schleimhaut ohne bes. Veränderung.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 9. 7. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio und neg. A. Z. R. Op. unnötig.

Fall 99.

1934. Kr.-Bl. 407. 39-j. Frau. 2 Partus, 1 Ab. Aufnahme 29. 6. Blutg.-Schema: 24 —26. 2., 19. —22. 3., 16.—19. 4., 5.—8. 6., 28. 6. stärkere Blutg., Schmerzen im Unterbauch und Kreuz, bes. lks., Ohnmacht, Brechreiz. Ut. vergrößert. Mm. geschl. Adnexe unklar. Hb. 70%, Leuko 6400, Senkg. 8 mm.

Diagnose: Praeklimakt. Metropathie? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Stroma etwas faserreich, sonst keine Veränderungen.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 14. 7. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Wohlbefinden nach Abrasio und neg. A.-Z.-R. Op. unnötig.

Fall 100.

1935. Kr.-Bl. 15. 33-j. Fr. 1 Partus, 1 Ab., letzte Menstr. 15.—18. 11. Aufnahme: 22. 1. wegen braunem Ausfluß seit 15. 1., im Anschluß an die 14 Tage später eingetretene Blutg., Schmerzen im rechten Unterbauch. Ut. vergr. Mm. geschl. Scheide und Portio etwas livide. Adnexe unklar. Hb. 60%, Leuko 6800, Senkg. 8 mm.

Diagnose: Gestörte intra- oder extraut. Grav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Geringe glanduläre Hyperplasie. A.-Z.-R. neg.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 29. 1. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. und Wohlbefinden nach Abrasio Operation unnötig.

Fall 101.

1935. Kr.-Bl. 75. 18-j. Frl. Appendektomie. Letzte Menstr. 28.—30. 1. Aufnahme: 5. 3. wegen plötzlicher Schmerzen im Unterleib. Übelkeit. Ut. hühnereigroß, weich. Mm. geschl. Rechts taubeneigroße, teigige Resistenz, Leuko 7400, Senkung 25 mm, Hb. 70%.

Diagnose: Metropathie? Adnexitis? Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Keine deciduale Umwandlung.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 14. 3. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Beschwerdefreiheit nach Abrasio keine Operation.

Fall 102.

1935. Kr.-Bl. 132. 41-j. Frau. 4 Geb. Rippenfellentzündung, Tuberkulinkur. Letzte Periode 27.—29. 4. Aufnahme 3. 5. wegen starker, wehenartiger Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Ut. vergröß. Mm. geschl. Lk. Adnexe verdickt. Rechts vom Ut. pflaumengroßer, derber Tumor. Hegar-Z. angedeutet. Hb. 80%, Leuko 6400, Senkung: 27 mm.

Diagnose: Ut. myomatosus? Rechtss. Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Tumor rechts, steht wahrscheinlich mit Ut. im Zusammenhang. Lk. Adnexe frei.

Abrasio: Glanduläre Hyperplasie.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 15. 5. *Epikrise:* Nach Tastbef. handelt es sich um einen Ut. myomatosus, deshalb keine Operation.

Fall 103.

1935. Kr.-Bl. 137. 40-j. Frau. 2 Partus, Appendektomie. Op. wegen Tubargrav. Letzte Periode 22.—28. 2. Aufnahme 7. 5. wegen Dauerblutg. seit 29. 3., Scheide und Portio etwas livide, Ut. vergröß., Mm. geschl., lks. pflaumengroßer Tumor, Leuko 4800, Senkg. 7 mm.

Diagnose: Klimakterische Metropathie? Tubargrav?
Narkoseuntersuchung: Lk. Ovar vergrößert.

Abrasio: Endometritis. A.-Z.-R. neg.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 18. 5. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Operation.

Fall 104.

1935. Kr.-Bl. 196. 31-j. Frau. 3 Partus. Letzte Menstr. 24.—27. 3. Aufnahme 18. 6. wegen Dauerblutg. seit 8. 5. Scheide und Portio etwas livide. Ut. vergr., Mm. geschl. Lks. unklare Resistenz. Hb. 75%, Leuko 8800, Senkg. 6 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Lkss. Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Endometritis. Einige Deciduareste, teilweise hyalinisiert.
Folgerung: Die Hyalinbildung spricht für Intrauteringrav.
Entlassung: 28. 6. *Epikrise:* Nach Feststellung einer Intrauteringrav. und neg. Tastbef. in Nark. Operation unnötig.

Fall 105.

1935. Kr.-Bl. 123. 35-j. Frau. Appendektomie, 2 Partus. Letzte Menstr. 31.—. 7. 6. Aufnahme 26. 6. wegen regelloser Blutg. seit 20. 6., Schmerzen im rechten Unterbauch. Ut. vergröß. Mm. geschl., Adnexe beiderseits etwas verdickt.

Diagnose: Gestörte Grav.-extrauterin?
Narkoseuntersuchung: Beide Ovarien vergrößert.

Abrasio: Endometritis. A.-Z.-R. neg.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 8. 7. *Epikrise:* Pat. auf eigene Verantwortung entlassen. Nach dem Tastbef. und dem Verlauf nach der Abr. Operation wahrscheinlich unnötig.

Fall 106.

1935. Kr.-Bl. 271. 25-j. Frau. Appendektomie. Letzte Menstr. 1.—3. 6. Aufnahme 1. 7. wegen Dauerblutg. seit 17. 6., stechender Schmerz im rechten Unterbauch, Ut. normal groß. Mm. geschl., Adnexe verdickt. Hb. 80%, Leuko 7800, Skg. 9 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Endometritis mit Drüsenhyperplasie, evt. bei Schwangerschaft.
A.-Z.-R. neg.
Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 30. 9. *Epikrise:* Nach mehreren Provocationen wurden Gonokokken gefunden — Adnexitis go-Natur. Keine Op.

Fall 107.

1935. Kr.-Bl. 368. 34-j. Fr. 1 Partus. Letzte Periode 29.—31. 5. Aufnahme 9. 7. wegen starker Schmerzen im rechten Unterbauch. Ab 8. 7. starke Blutg. Ut. vergröß. Mm. geschl. Adnexe unklar. Hb. 90%, Leuko 9600, Senkg. 13 mm.

Diagnose: Metropathie? Stat. p. ab.? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Glanduläre Hyperplasie. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 17. 7. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Narkose und Beschwerdefreiheit nach Abrasio Operation unnötig.

Fall 108.

1935. Kr.-Bl. 148. 38-j. Frau. 1 Ab. Letzte Periode 12.—15. 7. Aufnahme 20. 7. Zur Kontrolluntersuchung nach Abort. Ut. vergrößert. Mm. geschl. Lks. mandarinengroßer Tumor.

Diagnose: Stat. p. ab.? Lkss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Chron. Endometritis. Residuen des Abortes.

Entlassung: 24. 7. *Epikrise:* Wegen des Ergebnisses der Abr. und des unveränderten Adnexbef. und der neg. A.-Z.-R. Op. unnötig.

Fall 109.

1935. Kr.-Bl. 297. 22-j. Fr. 1 Partus. Letzte Periode 15.—18. 7. Aufnahme 4. 9. wegen regelloser Blutg. seit 31. 8. Kreuzschmerzen. Müdigkeit. Ut. faustgroß. Mm. geschl. Lks. hühnereigroße Resistenz. Leuko 9000, Senkg. 11 mm, Hb. 91%.

Diagnose: Gestörte Grav.-extrauterin?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Nekrotische Decidua und Zotten.

Folgerung: Intraut. Grav.

Entlassung 10. 9. *Epikrise:* Nach dem Ergebnis der Abrasio und neg. Adnexbef. in Nark. Operation unnötig.

Fall 110.

1935. Kr.-Bl. 487. 30-j. Frau. 5 Partus. Letzte Menstr. 27.—30. 5. Aufnahme 5. 9. wegen Dauerblutg. seit 15. 8. mit Abgang von Klumpen. Ut. weich. Mm. geschl. Rechts taubeneigroßer beweglicher Tumor.

Diagnose: Metropathie? Rechtss. Tubargrav. ?

Narkoseuntersuchung: Rechts zystisch vergrößertes Ovar.

Abrasio: Hyperplasie. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig. — Beobachtung.

Entlassung: 11. 9. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Operation unnötig.

Fall 111.

1935. Kr.-Bl. 350. 34-j. Frau. 1 Ab., letzte Periode 6.—8. 9. Aufnahme: 4. 10. wegen regelloser Blutg. seit 29. 9. Starke Kreuzschmerzen. Portio etwas livide. Ut. vergrößert, aufgelockert. Mm. geschl. Lk. Adnexe verdickt. Leuko 7200, Senkg. 4 mm, Hb. 76%.

Diagnose: Stat. p. ab? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Endometrium mit reichlichen Drüsen.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung 10. 10. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Beschwerdefreiheit nach Abrasio und neg. A.-Z.-R. Op. unnötig.

Fall 112.

1935. Kr.-Bl. 377. 27-j. Frau. 2 Partus. Letzte Menstr.23. —29. 6. Aufnahme 23. 10. wegen regelloser Blutg. seit 21. 9. mit Abgang von Klumpen. Ut. vergröß. Mm. geschl. Lks. taubeneigroßer Tumor. Hb. 71%, Leuko 7200, Senkg. 6 mm.

Diagnose: Gestörte Grav.-extraut.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Chron. entzündliche Infiltration. Reste von Decidua, teilweise hyalinisiert, zu Grunde gehende Zotten.

Folgerung: Intraut. Grav. A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 4. 11. *Epikrise:* Nach der Feststellung eines Stat. p. ab. und neg. Adnexbef. in Nark. Operation unnötig.

Fall 113.

1935. Kr.-Bl.- 440. 35-j. Frau. 4 Partus, Aufnahme 4. 12. wegen starker Blutg. seit 12. 11. nach 2-monatlicher Amenorrhoe. Schmerzen im Leib und Kreuz. Scheide und Portio etwas livide. Uterus faustgoß. Mm. geschl. Lks. pflaumengroße Resistenz. Rechte Adnexe verdickt. Leuko 5800, Senkg. 38 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Lk. Adnexe verdickt.

Abrasio: Endometritis offenbar nach Abort. A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 20. 12. *Epikrise:* Wegen des Ergeb. der Abr. und unveränderten Adnexbef. Operation nicht nötig.

Fall 114.

1935. Kr.-Bl. 614. 36-j. Frau, 3 Partus. Letzte Periode 19.—23. 9., Aufnahme 11. 12. wegen regelloser Blutg. seit 23. 10., starke Schmerzen im lk. Unterbauch. Scheide und Portio etwas livide. Ut. normal groß. Mm. geschl. Lks. hühnereigroßer, walzenförmiger Tumor. Rechte Adnexe verdickt. Hb 80%, Leuko 5600, Senkg. 20 mm.

Diagnose: Sacksalpinx? Extrauteringrav.?

Narkoseuntersuchung: Rechte Adnexe frei. Lk. Adnexe Befund wie oben.
Abrasio: Schleimhaut o. B. A.-Z.-R. neg.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 31. 12. *Epikrise:* Wegen unveränderten Tastbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Op. Pyosalpinx lks.

Fall 115.

1935. Kr.-Bl. 473. 35-j. Frau. 2 Partus, 2 mal Abrasio. Letzte Menstr. 7.—11. 12. Aufnahme 23. 12. wegen regelloser Blutg. seit 21. 12. mit Abgang von Klumpen. Portio livide. Ut. faustgroß. Mm. geschl., lks. gänseeigroßer Tumor.
Diagnose: Ut. myomatosus? Lkss. Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio Polypenbildung mit glandulärer Hyperplasie.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 4. 1. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. keine Operation. Es handelt sich um einen Uterus myomatosus

Fall 116.

1936. Kr.-Bl. 8. 22-j. Frau. 1 Partus. Aufnahme 6. 1. Periode seit Nov. 34 unregelmäßig, nur auf Medikamente. Nach 3-monatlicher Amenorrhoe Einnahme eines Medikaments, daraufhin am 1. 1. stechender Schmerz im rechten Unterbauch. Ab 5. 1. Blutg. Wehenartige Schmerzen. Scheide und Portio livide. Uterus vergrößert, weich. Mm. geschl. Rechtes Ovar vergr. Hegar- und Portio-Z. angedeutet. Leuko 3400, Senkg. 13 mm.
Diagnose Stat. p. ab.? Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung Befund wie oben.
Abrasio: Decidua mit reichlich Fibrinoid. A.-Z.-R. neg.
Folgerung: Die reichliche Fibrinoidbildung läßt auf intrauterine Gravidität schließen. Entlassung 11. 11.
Epikrise: Wegen des unveränderten Adnexbef. und des Ergeb. der Abrasio keine Operation.

Fall 117.

1936. Kr.-Bl. 102. 28-j. Frau. 4 Partus, letzte Periode 3.—10. 2. Aufnahme: 3. 3. wegen starker Blutg. seit 24. 2. Schmerzen im Leib. Schlechtes Allgemeinbefinden. Portio livide. Uterus vergröß. Mm. geschl. Lks. gänseeigroßer, weicher Tu. Portio-Zeichen angedeutet. Leuko 3200, Senkg. 15 mm.
Diagnose: Metropathie. Lkss. Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.
Abrasio Typische Tuberkelbildg. im Endometrium.
Folgerung: Ergebnis der Abrasio läßt Tubargrav. nicht ausschließen. — Beobachtung. A.-Z.-R. neg.
Entlassung: 18. 3. *Epikrise* Wegen unveränderten Adnexbef. Op. wahrscheinlich nicht nötig; Pat. verläßt auf eigene Verantwortung die Klinik und entzieht sich so der weiteren Beobachtung.

Fall 118.

1936. Kr.-Bl. 131. 22-j. Frau. 1 Partus. Letzte Menstr. 26.—29. 1. Aufnahme: 7. 3. wegen Verdacht auf Grav. Ut. weich. Mm. geschl. Rechte Tube verdickt. Rechtes zystisches Ovar platzt bei Untersuchung. Leuko 4200. Senkg. 1 mm.
Diagnose: Follikelpersistenz? Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Rechtes Ovar vergrößert.
Abrasio Funktionsloses Endometrium, größtenteils in Abstoßung. A.-Z.-R. neg.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 14. 3. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. keine Operation. Es lag eine Follikelpersistenz vor.

Fall 119.

1936. Kr.-Bl. 137. 31-j. Frau. 1 Ab. Appendektomie, Abrasio. Letzte Periode 10.—14. 2., schwächer und kürzer. Aufnahme: 11. 3. wegen Dauerblutg. seit 28. 2. Scherzen im Leib. Scheide und Portio livide. Ut. aufgelockert. Mm. geschlossen. Rechts weiche Resistenz. Leuko 7200. Senkg. 2 mm. Hb. 55%.
Diagnose: Sacksalpinx? Rechtss. Tubargav.?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.
Abrasio: Etwas hyperplastisches Endometrium.
A.-Z.-R. vor Abrasio H.V.R. I pos. nach Abrasio neg.
Entlassung: 31. 3. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. wahrsch. nicht nötig Der Tastbef. und das Ergeb. der A.-Z.-R. läßt Tubargrav. nicht sicher ausschließen. Pat. verweigerte die Op.

Fall 120.

1936. Kr.-Bl. 132. 25-j. Frau. Appendektomie. Aufnahme 23. 3. wegen der seit Dez. 35 ganz unregelmäßigen starken Blutg. Schmerzen im rechten Unterbauch. Ut. normal groß. Mm. geschl. Links ein Hühnereigroßer zystischer Tumor. Hb. 75% Leuko 5800 Senkg. 8 mm.
Diagnose: Adnextumor? Tubargravidität?
Narkoseuntersuchung: Befund wie oben. A.-Z.-R. neg.
Abrasio: Schwangerschaftsdrüsen. An vielen Stellen Decidua.
Folgerung: Schleimhaut für Tubargrav. verdächtig — Beobachtg.
Entlassung: 6. 4. *Epikrise:* Wegen des unveränderten Adnexbef. und Beschwerdefreiheit nach Abrasio Op. nicht nötig.

Fall 121.

1936. Kr.-Bl. 167. 25-j. Frau. 1 Partus 1 Ab. Letzte Menstr. 9.—13. ?. Aufnahme 28. 3. wegen regelloser Blutg. seit 15. 3. Im Unterbauch starke Schmerzen. Ut. weich. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt. Leuko 10400. Senkung 2 mm, Hb. 70%.
Diagnose: Endometritis p. ab.? Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Reichliche Drüsen. Deciduaähnliche Zellen. Entzündliche Infiltration. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut für Tubargrav. verdächtig — Beobachtg.

Entlassung: 11. 4. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. nicht nötig. Wahrsch. Stat. p. ab.

Fall 122.

1936. Kr.-Bl. 211. 37-j. Frau. 2 Partus. Op. wegen Tubargr. rechts. Letzte Menstr. 30. 3.—4. 4. Aufnahme: 4. 5. wegen Schmerzen im Unterleib und Kreuz seit 1. 5. An der Vorderwand des Ut. kirschgroße Knoten. Hinter dem Ut. durch einen Stiel mit ihm verbunden ein pflaumengroßer Tumor. Hb. 90%, Leuko, 6200, Senkg. 10 mm.

Diagnose: Ut. myomatosus? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Endometrium o. B. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 10. 5. *Epikrise:* Wegen unveränderten Tastbef. Op. unnötig. Es handelt sich um einen Ut. myomatosus.

Fall 123.

1936. Kr.-Bl. 219. 27-j. Frau. 1 Partus, 1 Ab. Letzte Menstr. 28.—29. 3. Aufnahme: 14. 5. wegen Dauerblutg. seit 28. 4. mit Abgang von Klumpen. Wehenartige Schmerzen. Ut. vergrößert. Mm. geschl. Rechts fingerdicker Tumor. Hb. 80%, Leuko 6200, Senkg. 2 mm.

Diagnose: Adnexitis? Rechtss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Entzündlich infiltriertes Endometrium. Decidua fraglich. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut für Tubargrav. verdächt. — Beobachtg.

Entlassung: 30. 5. *Epikrise:* Der Tumor der lk. Adnexe bildet sich unter conserv. Maßnahmen zurück. Sist. der Blutg. und Beschwerdefreiheit nach Abrasio. Op. unnötig.

Fall 124.

1936. Kr.-Bl. 396. 31-j. Frau. 3 Partus, 1 Ab. Letzte Menstr. 10.—15. 6., stärker. Aufnahme: 24. 6. wegen regelloser Blutg. seit 19. 6. mit Abgang von Fetzen. Schmerzen im lk. Unterbauch. Portio livide Ut. vergröß. Mm. geschl. Lk. Adnexe verdickt. Hb. 85%, Leuko 7000, Senkg. 12 mm.

Diagnose: Gestörte Grav.-extraut.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Schwangerschaftsdrüsen, Zwischengewebe deciduaähnlich.

A.-Z.-R. vor Abrasio pos., nach Abrasio neg.

Folgerung: Schleimhaut für Tubargrav. verdächtig — Beobachtung.

Entlassung: 11. 7. *Epikrise:* Verdickung der lk. Adnexe bildet sich unter conserv. Maßnahmen zurück. Sist. der Blut. nach Abrasio. Operation unnötig. Wahrsch. Stat. p. ab.

Fall 125.

1936. Kr.-Bl. 314. 32-j. Frau. 3 Partus. Appendektomie. 4 mal Abrasio. Letzte Periode 12.—15. 5. Aufnahme: 29. 6. wegen regelloser Blutg. seit 2. 6., stechende Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Scheide und Portio etwas livide. Ut. vergrößert. Mm. geschl. Adnexe unklar. Hegar- und Portio-Z. angedeutet. Leuko 5400, Senkg. 1 mm.

Diagnose: Gestörte Grav.-extraut.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Foetale Zotten. Decidua. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Intraut. Grav.

Entlassung: 7. 7. Epikrise: Nach dem Ergeb. der Abrasio Op. unnötig.

Fall 126.

1936. Kr.-Bl. 357. 26-j. Frau. Letzte Menstr. 8.—10. 4. Aufnahme 21. 7. wegen regelloser Blutg. seit 17. 5. Krampfartige Schmerzen. Ut. vergr., weich. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt. Hb. 85%, Leuko 9200, Senkg. 2 mm.

Diagnose: Gestörte intra- oder extraut. Grav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Endometritis p. ab. A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 2. 8. *Epikrise:* Nach dem Ergeb. der Abrasio Op. unnötig.

Fall 127.

1936. Kr.-Bl. 381. 31-j. Frau. 4 Partus. Letzte Menstr. 14.—16. 5. Aufnahme: 7. 8. wegen Dauerblutg. seit 21. 7. mit Abgang von Klumpen. Portio etwas livide. Ut. vergr. aufgelockert. Mm. geschl. Adnexe unklar. Hegar- und Portio-Z. angedeutet. Hb. 80%, Leuko 6400, Senkg. 4 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Zystische Drüsenvermehrung. Vereinzelt kleine hyalinisierte Zonen.

Folgerung: Die Hyalinbildung spricht für Stat. p. ab.

Entlassung: 14. 8. *Epikrise:* Wegen des Ergebnisses der Abr. und des neg. Adnexbef. in Nark. Op. unnötig.

Fall 128.

1936. Kr.-Bl. 167. 25-j. Frau. 1 Partus. Appendektomie und Ovarektomie. Letzte Menstr. 12.—14. 4. Aufnahme: 18. 8. wegen regelloser Blutg. seit 2. 5. Ut. vergröß., weich. Mm. geschl. Adnexe lks. verdickt. Hegar-Z. angedeutet. Hb. 78%, Leuko 4600, Senkg. 32 mm.

Diagnose: Adnexitis? Lkss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Zervixpolyp, Schleimhaut o. B. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 24. 8. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. wahrsch. unnötig.

Pat. verläßt die Klinik auf eigene Verantwortung.

Fall 129.

1936. Kr.-Bl. 386. 45-j. Frau. 3 Partus, 4 Ab. Letzte Periode 2.—4. 7. Aufnahme: 25. 8., am 24. 8. stärkste Schmerzen im rechten Unterbauch. Leichte bis starke Blutg. Ut. normal groß. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt.

Diagnose: Metropathie? Stat. p. ab.? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Endometritis und glanduläre Hyperplasie.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 1. 9. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Beschwerdefreiheit nach Abrasio keine Operation.

Fall 130.

1936. Kr.-Bl. 458. 27-j. Frau. 1 Partus. Appendicitis und Peritonitis, Go-Adnexitis. Letzte Periode 6.—9. 8., schwächer. Aufnahme 22. 9. wegen regelloser Blutg. seit 4. 9. mit Abgang von Klumpen. Ziehende Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Scheide und Portio etwas livide. Ut. etwas weich. Mm. geschl., rechte Adnexe verdickt. Hb. 90%, Leuko 3000, Senkg. 3 mm.

Diagnose: Gestörte Grav.-extrauterin?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Endometritis. A.Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 26. 9. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. wahrsch. unnötig.

Pat. verläßt die Klinik auf eigene Verantwortrung.

Fall 131.

1936. Kr.-Bl. 473. 23-j. Frau. Letzte Periode 5.—10. 10. stärker. Aufnahme 3. 11. wegen regelloser Blutg. seit 18. 10. mit Abgang von Klumpen. Starke Schmerzen im lk. Unterbauch. Ut. etwas vergröß. dextroponiert. Mm. geschl. Lks. pflaumengroßer Tumor. Leuko 6600, Senkg. 31 mm.

Diagnose: Adnexitis? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Lk. Ovar vergröß.

Abrasio: Endometritis. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 17. 11. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. unnötig.

Fall 132.

1936. Kr.-Bl. 202. 29-j. Frau. 1 Partus. Letzte Menstr. 5.—9. 10. Aufnahme 10. 11. wegen Dauerblutg. seit 25. 10. Ut. vergrößert. Mm. geschl. Adnexe unklar.

Diagnose: Gestörte Grav.-extraut.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Abortreste. A.-Z.-R. neg.
Entlassung: 14. 11. *Epikrise:* Nach dem Ergeb. der Abr. Operation unnötig.

Fall 133.

1936. Kr.-Bl. 497. 36-j. Frau. 1 Partus 1 Ab. Letzte, regelrechte Periode 12. bis 14. 7., später. Die folgenden Perioden waren nur andeutungsweise vorhanden, mit Schmerzen im Leib und Kreuz. Aufnahme am 16. 11. Scheide und Portio etwas livide. Ut. aufgelockert, retroflectiert. Mm. geschl. Adnexe unklar. Douglas sehr druckempfindlich. Hb. 90%, Leuko 6600, Senkg. 7 mm.
Diagnose: Retrofl. ut. fix.? Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Retroflex. ut. fix., Adnexe frei.
Abrasio: Schleimhaut o. B. A.-Z.-R. neg.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlasung: 24. 11. *Epikrise:* Nach dem Tastbef. in Nark. und dem Verlauf nach der Abr. Op. unnöig.

Fall 134.

1936. Kr.-Bl. 209. 42j. Fr. 3 Partus. Letzte Periode 1.—3. 9. Aufnahme 30. 11. wegen Dauerblutg. seit 28. 10. mit Abgang von Klumpen. Portio etwas livide. Ut. vergrößert, weich, retroflectiert. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt.
Diagnose: Gestörte Grav.-extraut.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Endometritis p. ab. A.-Z.-R.: V.V.R. I. pos.
Entlassung: 4. 12. *Epikrise:* Nach Ergeb. der Abrasio und neg. Adnexbef. in Nark. Op. unnötig.

Fall 135.

1936. Kr.-Bl. 220. 38j. Fr. 1 Ab., 3 Partus. Letzte Menstr. 1.—6. 11. Aufnahme 11. 12. wegen Schmerzen im Unterbauch. Ut. retroflectiert, vergröß. Mm. geschl. Hegar- und Portio-Z. angedeutet. Rechte Adnexe unklar. Ab 16. 12. leichte Blutg.
Diagnose: Retrofl. ut. mob.? Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Stromazellen teilweise ähnlich einer Decidua in Rückbildung.
A.-Z.-R. vor Abr. pos., nach Abr. neg.
Folgerung: Schleimhaut für Tubargrav. verdächtig — Beobachtung.
Entlassung: 22. 12. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Beschwerdefreiheit nach Abr. Operation unnötig. Als Stat. p. ab. aufgefaßt.

Fall 136.

1936. Kr.-Bl. 556. 27j. Fr. 1 Partus. Appendektomie. Letzte Menstr. 20.—22. 10. Aufnahme 19. 12. wegen Dauerblutg. seit 15. 11. mit Abgang von Klumpen und Fetzen. Ut. vergröß. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt. Hegar-Z. angedeutet. Hb 70%, Leuko 4800, Senkg. 13 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Extrauteringrav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Endometritis. Glanduläre Hyperplasie. Zwischengewebe deciduaähnlich. A.-Z.-R. neg.
Folgerung: Schleimhaut für Tubargrav. verdächtig — Beobachtung.
Entlassung: 27. 12. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abr. Op. unnötig.

Fall 137.

1937. Kr.-Bl. 13. 27j. Fr. Letzte Menstr. 14.—17. 1., stärker. Aufnahme 1. 2. wegen Dauerblutg., die kurz nach der Menstr. einsetzte. Ut. normal groß. Mm. geschl. Adnexe unklar. Hb 85%, Leuko 8000, Senkg. 6 mm.
Diagnose: Metropathie? Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Keine Decidua. A.-Z.-R. neg.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 13. 2. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abr. Op. unnötig.

Fall 138.

1937. Kr.-Bl. 71. 30j. Fr. 2 Partus. Op. wegen Tubargrav. Letzte Menstr. 2.—5. 1. Aufnahme 5. 2. wegen starker Schmerzen im lk. Unterbauch. Scheide und Portio etwas livide. Ut. retroflectiert Mm. geschl. Portio-Z. angedeutet. Lk. Adnexe unklar. Leuko 5400 Senkg. 5 mm.
Diagnose: Retrofl. ut. fix.? Lkss. Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Linkes Ovar etwas vergrößert.
Abrasio: Zwischengewebe teilweise deciduaähnlich. Schwangerschaftsdrüsen angedeutet. Endometritis.
Folgerung: Schleimhaut für Tubargrav. verdächtig — Beobachtung.
A.-Z.-R. neg. Entlassung: 18. 2.
Epikrise: Wegen unveränderten Adnexbef. und Beschwerdefreiheit nach Abrasio Op. wahrsch. unnötig. Pat. verweigerte die Op. Die Möglichkeit der Selbstheilung einer Tubargrav. ist nicht sicher ausgeschlossen.

Fall 139.

1937. Kr.-Bl. 86. 41j. Fr. 2 Partus. Aufnahme 10. 2. Periode seit März 1936 unregelmäßig. Blutg. seit 4. 2. stärker. Ut. vergrößert. Mm. geschl. Lks. unklare Resistenz. Hb. 80%, Leuko 6400, Senkg. 20 mm.
Diagnose: Metropathie? Lkss. Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Zervixpolyp. Endometrium mit reichlichen Drüsen
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 16. 2. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und des Verlaufs nach der Abrasio Op. unnötig.

Fall 140.

1937. Kr.-Bl. 110. 37j. Fr. 6 Partus. Appendektomie. Abrasio. Letzte Menstr. 4.—10. 12., stärker. Aufnahme 5. 3. wegen Dauerblutg. seit 20. 2. mit Abgang von Klumpen. Starke Kreuzschmerzen. Ut. gänseeigroß. Mm. geschl. Rechts taubeneigroßer Tumor. Leuko 10800, Senkg. 20 mm.

Diagnose: Metropathie? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Rechtes Ovar vergrößert.

Abrasio: Endometritis. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung

Entlassung: 17. 3. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. wahrsch. unnötig. Pat. verläßt die Klinik auf eigene Verantwortung.

Fall 141.

1937. Kr.-Bl. 146. 27j. Fr. 5 Partus, letzte Periode 25.—27. 2., schwächer. Aufnahme 22. 3. wegen Dauerblutg. seit Anfang März mit Abgang von Klumpen. Kreuzschmerzen. Ut. gänseeigroß, weich. Mm. geschl. Hegar-Z. angedeutet. Rechts gänseeigroßer, zystischer Tumor.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Decidua und foetale Zotten. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Intraut. Grav.

Entlassung: 30. 3. *Epikrise:* Nach Ergeb. der Abrasio und neg. Adnexbef. in Nark. Op. nicht nötig.

Fall 142.

1937. Kr.-Bl. 40. 36j. Fr. 1 Partus 1 Ab. Letzte Menstr. 8.—11. 3. Aufnahme wegen Dauerblutg. seit 14. 3. Leib- und Kreuzschmerzen. Ut. normal groß. Mm. geschl. Adnexe unklar. Hb 80%, Leuko 8400, Senkg. 5 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Geringe Endometritis. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 11. 4. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. unnötig.

Fall 143.

1937. Kr.-Bl. 213. 25j. Fr. Letzte Periode 3.—6. 1. Aufnahme 17. 4. wegen mehrfachen Blutg. seit 6. 3. Schmerzen im Leib und Kreuz. Scheide und Portio etwas livide. Ut. hühnereigroß. Mm. geschl. Hegar-Zeichen angedeutet. Lk. Adnexe unklar. Douglas druckempfindlich. Leuko 5200. Senkg. 6 mm.

Diagnose: Sta. p. ab.? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Linkes Ovar vergrößert.

Abasio: Abortreste. A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 29. 4. *Epikrise:* Nach dem Ergebnis der Abr. und dem unveränderten Tastbef. Op. unnötig.

Fall 144.

1937. Kr.-Bl. 213. 25j. Fr. 1 Partus. Appendektomie. Letzte Menstr. 10.—17. 4., stärker und länger. Aufnahme 11. 5. wegen Schmerzen im rechten Unterbauch. Scheide und Portio etwas livide. Ut. retroflectiert. Mm. geschl. Lks. unbestimmte Resistenz. Rechts derber, mandarinengroßer Tumor. Hb 80%, Leuko 15600, Senkg. 23 mm.

Diagnose: Adnexitis? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe etwas verdickt.

Abrasio: Geschrumpftes, in unregelmäßiger Abstoßung begriffenes Endometrium. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Epikrise: Nach mehreren Provokationen werden Go gefunden. Adnexitis go-Natur. Entlassung: 18. 8., geheilt.

Fall 145.

1937. Kr.-Bl. 279. 37j. Fr., 1 Partus, 1 Ab. Letzte Menstr. 2.—15. 5., später schwächer, länger. Aufnahme 29. 5. wegen der Unregelmäßigkeit, Scheide und Portio etwas livide. Ut. vergrößert. An der lk. Tubenecke eine Ausladung. Mm. geschl., Adnexe unklar. Portio-Z. angedeutet. Hb 80%, Leuko 7200, Senkg. 5 mm.

Diagnose: Ut. myomatosus? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Die Ausladung des Ut. an der lk Tubenecke fühlt sich zystisch an.

Abrasio: Endometrium mit deutlicher decidualer Umwandlung. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut verdächtig auf Tubargravidität — Beobachtung.

Entlassung: 14. 6. *Epikrise:* Die vorgeschlagene Op. wird von der Pat. verweigert. Sie entzieht sich der weiteren Beobachtung durch Verlassen der Klinik auf eigene Verantwortung. Möglichkeit einer abgest. Tubargrav.?

Fall 146.

1937. Kr.-Bl. 265. 42j. Fr. 9 Partus. Op. wegen Tubargrav. 1918 offene Lungentbc. Letzte Menstr. 8.—10. 4. Aufnahme 15. 6. wegen Dauerblutg. seit 8. 6. Ut. gänseeigroß. Mm. geschlossen. Lks. pflaumengroßer Tumor. Rechte Adnexe verdickt. Hb 80%, Leuko 6200, Senkg. 14 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Linkes Ovar vergrößert.

Abrasio: Abortreste.

Entlassung: 21. 6. *Epikrise:* Nach dem Ergeb. der Abr. und dem unveränderten Adnexbef. Op. unnötig.

Fall 147.

1937. Kr.-Bl. 339. 35j. Fr. 2 Partus, 1 Ab. Letzte Menstr. 10.—15. 6. Am 9. 7. von Chir. Klinik wegen Tubarverd. überwiesen, dort wegen Verdacht auf Appendicitis eingeliefert worden. Seit 8. 7. geringe Blutg. Schmerzen im Unterbauch. Scheide und Portio etwas livide. Ut. vergröß. Mm. geschl. Adnexe unklar. Leuko 2200, Senkg. 7 mm, Hb 90%.

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Keine Decidua.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 16. 7. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. und Beschwerdefreiheit nach Abrasio Op. unnötig.

Fall 148.

1937. Kr.-Bl. 109. 33j. Fr. Letzte Menstr. 24.—27. 5. Vom 2.—6. 6. starke regellose Blutg. A.-Z.-R. neg. Erneute Blutg. vom 15.—19. 7. mit Ohnmacht. Aufnahme 19. 7. wegen Tubarverdacht. Ut. normal groß. Mm. geschl. Rechts unklare Resist.

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Stark geschrumpftes Endometrium mit spärlichen Drüsen. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 24. 7. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. und Beschwerdefreiheit nach Abrasio Op. unnötig. Wahrsch. prae. klimakt. Metropathie.

Fall 149.

1937. Kr.-Bl. 378. 31j. Fr. Letzte Menstr. 4.—6. 7., schwächer. Aufnahme 16. 8. wegen Dauerblutg. seit 17. 7. mit Abgang von Klumpen. Ut. hühnereigroß. Mm. geschl. Rechts fingerdicke Resistenz. Portio-Z. angedeutet. Hb 95%, Leuko 4800, Senkg. 2 mm.

Diagnose: Metropathie? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Zystisch glanduläre Hyperplasie. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 27. 8. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. unnötig.

Fall 150.

1937. Kr.Bl. 386. 38j. Fr. Aufnahme 19. 8. wegen Dauerblutg. seit 2. 8., an diesem Tag war Periode erwartet. Scheide und Portio etwas livide. Ut. retroflectiert, weich. Mm. geschl. Portio-Z. angedeutet. Rechte Adnexe verdickt. Hb 80%, Leuko 7600, Senkg. 3 mm.

Diagnose: Metropathie? Rechtsseitige Extrauteringrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Schwangerschaftsdrüsen, Zwischengewebe sehr großzellig. Endometritis. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut verdächtig auf Tubargrav. — Beobachtung.

Entlassung: 1. 9. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Op. unnötig.

Fall 151.

1937. Kr.-Bl. 417. 29j. Fr. 2 Partus. Letzte Menstr. 28.—31. 7. Aufnahme 7. 9. wegen regelloser Blutg. seit 30. 8. mit Abgang von Klumpen. Schmerzen im Leib und Kreuz. Brechreiz. Scheide und Portio etwas livide. Uterus vergrößert,

weich. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt. Hegar und Portio-Z. angedeutet. Hb 80%, Leuko 6800, Senkg. 5 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Rechtss. Tubargrav.?

A.-Z.-R. pos., nach einigen Tagen neg.

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Endometrium mit mäßig viel Drüsen.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlasung: 30. 9. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Beschwerdefreiheit nach Abrasio keine Op. Wahrsch. Stat. p. ab.

Fall 152.

1937. Kr.-Bl. 422. 39j. Fr. 2 Partus, 1 Abort. Letzte Menstr. 21.—24. 8., schwächer. Aufnahme 5. 10. wegen Dauerblutg. seit 8. 9., Schmerzen im Unterbauch. Ut. gänseeigroß. Mm. geschl. Hegar-Z. pos. Lks. walnußgroßer, harter Tumor. Hb 80%, Leuko 6400, Senkg. 10 mm.

Diagnose: Endometrium mit reichlichen Drüsen. Geringe glanduläre Hyperplasie. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 11. 10. *Epikrise* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abr. Op. wahrsch. unnötig. Möglichkeit einer Tubargrav. nicht sicher ausgeschlossen. Pat. verweigerte die vorgeschlagene Operation.

Fall 153.

1937. Kr.-Bl. 432. 23j. Fr. 1 Partus, letzte Menstr. 5.—7. 10. Aufnahme 18. 10. wegen krampfartigen Schmerzen im Unterbauch. Am 13. und 14. 10. leichte Blutung. Ut. hühnereigroß, weich. Mm. geschl. Rechts taubeneigroßer, derber Tumor. Lks. hühnereigroße Resistenz. Hegar- und Portio-Z. angedeutet. Leuko 4400, Senkg. 12 mm, Hb 85%.

Diagnose: Adnexitis? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Chron. Endometritis. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 4. 11. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. Op. wahrsch. nicht nötig. Pat. verläßt die Klinik auf eig. Verantwortung.

Fall 154.

1937. Kr.-Bl. 443. 44j. Fr. 1 Ab. Letzte Menstr. 8.—10. 8. Aufnahme 25. 10. wegen regelloser Blutg. seit 22. 10. mit Abgang von Klumpen. Kreuzschmerzen. Übelkeit und Schmerzen im Unterbauch. Rechte Brust wenig Colostrum. Ut. hühnereigroß, retroflectiert. Mm. geschl. Rechts zystischer, walnußgroßer Tumor.

Diagnose: Klimakt. Metropathie? Rechtss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Schleimhaut o. B. A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 1. 11. *Epikrise:* Wegen neg. Tastbef. in Nark. und Beschwerdefreiheit nach Abrasio keine Op.

Fall 155.

1937. Kr.-Bl. 483. 32j. Fr. 2 Partus, 1 Ab., Kropfop., postop. Tetanie. Letzte Menstr. 18.—22. 9. Aufnahme 14. 11. wegen Dauerblutg. seit 3. 11. mit Abgang von Klumpen. Ut. weich. Mm. geschl. Rechte Adnexe unklar.

Diagnose: Stat. p. ab.? Rechtss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Chron. Endometritis. A.-Z.-R. neg.

Entlassung 27. 11. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Sist. der Blutg. nach Abrasio Operation unnötig.

Fall 156.

1937. Kr.-Bl. 497. 43j. Fr. Letzte Menstr. 31. 10.—4. 11. stärker. Aufnahme 25. 11. wegen regelloser Blutg. vom 16.—18. 11. Ut. retroponiert gänseeigroß. Mm. geschl. Rechts zystische Resistenz.

Diagnose: Gestörte Grav.-extraut.?

Narkoseuntersuchung: Rechtes Ovar vergrößert.

Abrasio: Polyp, Endometritis. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 15. 12. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. keine Operation. Es handelt sich um eine praeklim. Metropathie.

Fall 157.

1937. Kr.-Bl. 519. 31j. Fr. 2 Ab., letzte Menstr. 15.—18. 10. Aufnahme 10. 12. wegen Dauerblutg. seit 23. 11. mit Abgang von Klumpen. Ut. hühnereigroß. Mm. geschl. Lk. Ovar kastaniengroß. Leuko 6400, Senkg. 12 mm, Hb 95%.

Diagnose: Stat. p. ab.? Lkss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Endometritis. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 17. 12. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Operation.

Fall 158.

1937. Kr.-Bl. 521. 25j. Fr. Letzte Menstr. 19.—26. 11., später. Aufnahme 13. 12. wegen regelloser Blutg. seit 1. 12. Scheide und Portio etwas livide. Ut. normal groß. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt. Hegar-Z. pos.

Diagnose: Stat. p. ab.? Rechtss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Schleimhaut mit spärlichen Drüsen.

A.-Z.-R. vor Abr. pos., nach Abr. neg.

Entlassung: 27. 12. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Sist. der Blutg. nach Abrasio keine Op. Als Stat. p. ab. aufgefaßt.

Fall 159.

1937. Kr.-Bl. 571. 25j. Fr. 2 Partus. Letzte Menstr. 5.—11. 12. Aufnahme 25. 12. wegen regelloser Blutg. seit 22. 12. mit starken Schmerzen im lk. Unterbauch und Kreuz. Brechreiz. Scheide und Portio etwas livide. Ut. vergröß. und aufgelockert. Mm. geschl. Adnexe beiderseits verdickt. Im Douglas druckempfindliche Resistenz. Portio-Z. angedeutet. Leuko 7200, Senkg. 13 mm, Hb 82%.

Diagnose: Adnexitis? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Chron. Endometritis. A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 11. 1. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und gutem Allgemeinbefinden nach Abrasio keine Operation.

Fall 160.

1938. Kr.-Bl. 50. 35j. Fr., 1 Partus, Op. an der Brust wegen Tbc. Endometritis. Letzte Menstr. 27.—29. 12. Aufnahme 25. 1. wegen regelloser Blutg. seit 23. 1. Stechende Schmerzen im Leib. Ut. sinistroponiert. Mm. geschl. Lk. Adnexe verdickt. Hb 86%, Leuko 4800, Senkg. 2 mm.

Diagnose: Adnexitis? Lkss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Zervixpolyp. Corpusschleimhaut o. B. A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 10. 2. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. keine Operation. Es handelte sich um eine Adnexitis lks.

Fall 161.

1938. Kr.-Bl. 45. 27j. Fr. 2 Geb., 2. Ab., letzte Periode 28. 12.—1. 1. Aufnahme 1. 3. wegen Schmerzen im lk. Unterbauch, regellose Blutung von 4. 1.—19. 2. Ut. normal groß. Mm. geschl. Adnexe unklar.

Diagnose: Metropathie? Lkss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Funktionierendes und rückgebildetes Endometrium.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 7. 3. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Beschwerdefreiheit nach Abr. und neg. A.-Z.-R. keine Operation.

Fall 162.

1938. Kr.-Bl. 159. 35j. Fr. Gonorrhoe. Op wegen Ovarialzyste. Letzte Menstr. 12.—16. 2. Aufnahme 24. 3. wegen regelloser Blutg. mit Abgang von Klumpen. Schmerzen im Leib. Portio etwas livide. Uterus retroflectiert, kindsfaustgroß. Mm. geschl. Links derber Tumor. Hb 80%, Leuko 6600, Senkg. 18 mm.

Diagnose: Uterusmyom? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Zystisch glanduläre Hyperplasie und chron. Endometritis. A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 5. 4. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. keine Operation. Es handelt sich um ein subseröses Myom.

Fall 163.

1938. Kr.-Bl. 61. 40j. Fr. Letzte Periode 4.—11. 1. Aufnahme 28. 3. wegen regelloser Blutung seit 21. 3. mit Abgang von Klumpen. Ziehende Schmerzen im Leib. Ut. retrovertiert. Hb 85%, Leuko 4800, Senkg. 15 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Extrauteringrav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Endometritis p. ab.
Entlassung: 14. 4. *Epikrise:* Nach dem Ergeb. der Abr. und neg Adnexbef. in Nark. Operation unnötig.

Fall 164.

1938. Kr.-Bl. 162. 30j. Fr., 2 Partus. Appendektomie, Abrasio. Letzte Periode 11.—15. 2. Aufnahme 1. 4. wegen regelloser Blutung seit 26. 3. Starke Schmerzen im Unterbauch. Scheide und Portio etwas livide. Ut. hühnereigroß, sinistrovertiert. Mm. geschl. Lks. weiche Resistenz. Hegar- und Portio-Z. angedeutet. Hb 70%, Leuko 6200, Senkg. 8 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Linkes Ovar vergrößert.

Abrasio: Geringe chron. Endometritis. A.-Z.-R. neg.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung
Entlassung: 1. 4. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Beschwerdefreiheit nach Abrasio keine Operation.

Fall 165.

1938. Kr.-Bl. 189. 37j. Fr. 6 Partus, 1 Ab., letzte Menstr. 1.—2. 1. Aufnahme 14. 4. wegen Dauerblutg. seit 19. 3. Vom 5.—9. 2. regellose Blutg. mit Abgang von Klumpen. Brüste: wenig Colostrum. Portio etwas livide. Ut. hühnereigroß. Mm. geschl. Lk. Adnexe verdickt.

Diagnose: Stat. p. ab? Lkss. Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Endometritis p. ab.
Entlassung: 20. 4. *Epikrise:* Nach dem Ergeb. der Abr. und neg. Adnexbef. in Nark. Operation nicht nötig.

Fall 166.

1938. Kr.-Bl. 181. 26j. Fr. Letzte Menstr. 1.—7. 4. Aufnahme 24. 4. Seit 23. 4. Schwindel, Erbrechen, stechende Schmerzen im ganzen Unterleib. Brüste: Viel Colostrum. Ut. retroponiert, hühnereigroß. Mm. geschl. Lk. Adnexe verdickt. Leuko 5200, Senkg. 2 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Lkss. Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Reichlich Drüsen, die dem Typ wie im Praemenstruum oder in junger Schwangerschaft aufweisen.

Folgerung: Schleimhaut verdächtig auf Tubargrav. — Beobachtung.
A.-Z.-R. neg.
Entlassung: 30. 4. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Beschwerdefreiheit nach Abr. keine Operation. Wahrscheinlich Stat. p. ab.

Fall 167.

1938. Kr.-Bl. 213. 22j. Fr. 1 Partus. Adnexitis. Aufnahme 10. 5. Blutg.-Schema 4.—23. 12., 11. 2.—5. 3., 29. 3.—29. 4. Scheide etwas livide. Ut. hühnereigroß, weich. Mm. geschl. Lk. Adnexe verdickt. Hb 85%, Leuko 7400, Senkg. 7 mm.
Diagnose: Gestörte Grav.-extraut.?
Narkoseuntersuchung: Lk. Ovar vergrößert.
Abrasio: Glandulär-cystische Hyperplasie und Endometritis. A.-Z.-R. negativ.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 16. 5. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. und Wohlbefinden nach Abrasio Operation unnötig.

Fall 168.

1938. Kr.-Bl. 265. 23j. Fr. 1 Ab. Letzte Periode 7.—11.4. Aufnahme 29. 5. wegen Schmerzen im Unterbauch. Regellose Blutg. vom 30. 4.—3. 5. mit Abgang von Klumpen. Portio etwas livide. Ut. weich. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt. Portio-Z. pos. Hb 69%, Leuko 16200, Senkg. 27 mm.
Diagnose: Adnexitis? Rechtss. Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.
Abrasio: Decidua und foetale Zotten. A.-Z.-R. neg.
Entlassung: 13. 6. *Epikrise:* Nach dem Erg. der Abr. und dem neg. Adnexbef. in Nark. Operation unnötig.

Fall 169.

1938. Kr.-Bl. 326. 38-j. Fr. 2 Partus. Letzte Menstr. 12.—20. 6., stärker, später. Aufnahme 6. 7. wegen regelloser Blutg. seit 3. 7. Ziehende Schmerzen im Unterleib. Ut. hühnereigroß. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt.
Diagnose: Ovarialzyste? Tubargrav.?
Narkoseuntersuchung: Rechtes Ovar vergrößert.
Abrasio: Glanduläre Hyperplasie. A.-Z.-R. neg.
Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.
Entlassung: 13. 7. *Epikrise:* Wegen unveränderten Adnexbef. keine Operation.

Fall 170.

1938. Kr.-Bl. 316. 31-j. Frau. Letzte Menstr. 7.—9. 6. Aufnahme 13. 7. Regellose Blutg. vom 20. 6.—5. 7. Vorher gingen weiße Fetzen ab. Seit 15. 6. krampfartige Schmerzen im Unterleib. Ut. vergrößert, weich. Mm. geschl. Hegar-Z. pos. Rechte Adnexe verdickt.
Diagnose: Gestörte Grav.-extraut.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Beginnende, zystisch-glanduläre Hyperplasie.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung. A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 21. 7. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Beschwerdefreiheit nach Abr. keine Operation.

Fall 171.

1938. Kr.-Bl. 362. 34-j. Frau. 5 Partus. Letzte Menstr. 26.—28. 5., schwächer, später. Aufnahme 27. 7. wegen Dauerblutg. seit 12. 7. mit Abgang von Klumpen. Ut. faustgroß. Mm. geschl. Lks. pflaumengroßer Tumor. Hegar- und Portio Zeichen angedeutet. Hb. 73%, Leuko 8400, Senkg. 6 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Lkss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei. A.-Z.-R. pos.

Abrasio: Decidua, nekrotische Zotten.

Folgerung: Intraut. Grav.

Entlassung: 3. 8. *Epikrise:* Nach Ergeb. der Abr. Operation unnötig.

Fall 172.

1938. Kr.-Bl. 486. 68j. Frau. 2 Partus, Osteomyelitis. 1 Ab., letzte Menstr. 2. bis 6. 8. Aufnahme 19. 10. wegen Dauerblutg. seit 1. 9. mit Abgang von Klumpen. Rückenschmerzen. Ut. kleinfaustgroß. Mm. geschl. Rechts weicher, hühnereigroßer Tumor. Hb. 78%, Leuko 10400, Senkg. 8 mm.

Diagnose: Adnexitis? Rechtss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Chron. entzündliche Infiltration, in Organisation befindliche Deciduareste. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut verd. — auf Tubargrav. — Beobach.

Enlassung: 26. 10. *Epikrise:* Der Tumor rechts ist kleiner geworden, wahrsch. Stat. p. ab. Tubargrav. nicht sicher ausgeschlossen. Operation von Pat. verweigert.

Fall 173.

1938. Kr.-Bl. 529. 44-j. Frau. 3 Aborte. Letzte Menstr. 1.—3. 10. Aufnahme 16. 11. wegen regelloser Blutg. mit Kreuzschmerzen seit diesem Tag. Scheide und Portio etwas livide. Ut. faustgroß, Mm. geschl. Lk. Adnexe pflaumengroß verdickt. Hegar- und Portio-Z. pos. Hb. 85%, Leuko 6800, Senkg. 6 mm.

Diagnose: Gestörte Grav.-extraut.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Geringe Endometritis. A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 28. 11. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Beschwerdefreiheit nach Abr. keine Operation.

Fall 174.

1938. Kr.-Bl. 495. 25-j. Frau. Aufnahme 27. 11. Periode im Oktober vom 21. bis 23., später, Ohnmachtsanfälle. Vorher glaubte sich Pat. gravide. Krampfartige Schmerzen im lk. Unterbauch. Rechte Brust: Wenig Colostrum. Scheide und Portio etwas livide. Ut. normal groß. Mm. geschl. Rechts weicher Tumor. Hb. 80%, Leuko 6400, Senkg. 5 mm.

Diagnose: Adnexitis? Rechtss. Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Befund wie oben.

Abrasio: Starke glanduläre Hyperplasie.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 23. 11. *Epikrise:* Pat. verweigerte die vorgeschlagene Operation und verläßt die Klinik auf eig. Verantwortung. Tubargrav. nicht sicher ausgeschl. Nach dem Verlauf nach der Abr. Operation wahrsch. nicht nötig.

Fall 175.

1938. Kr.-Bl. 564. 24-j. Frau. 1 Partus. Nach Partus Blutg. vom 7. 9.—1. 11. Am 24. 10. wurde eine Abrasio vorgenommen. Blutg. vom 6.—13. 12. Erneute Blutg. ab. 16. 12. Aufnahme 19. 12. Ut. vergröß., weich. Mm. geschl. Rechte Adnexe verdickt.

Diagnose: Stat. p. Partus et Abrasionem? Tubargrav.?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Glandulär-zystische Hyperplasie.

Folgerung: Schleimhaut nicht eindeutig — Beobachtung.

A.-Z.-R. neg.

Entlassung: 29. 12. *Epikrise:* Wegen neg. Adnexbef. in Nark. und Wohlbef. nach Abrasio Operation nicht nötig.

Fall 176.

1930. Kr.-Bl. 360. 40j. Fr. Letzte Menstr. 19.—22. 4. stärker. Aufnahme: 26. 6. wegen Dauerblutung seit 6. 6., Kreuz- und Leibschmerzen. Brüste: etwas Colostrum. Uterus hühnereigroß. Mm. geschl. Adnexe unklar. Hb. 75%, Leuko 5300, Senkg. 4 mm.

Diagnose: Stat. p. ab.? Tubargravidität?

Narkoseuntersuchung: Adnexe frei.

Abrasio: Verdickte Schleimhaut, Vermehrung der Drüsen und einige Zysten.

A.-Z.-R. neg.

Folgerung: Schleimhautbild nicht eindeutig — Beobachtung.

Entlassung: 2. 7. *Epikrise:* Wegen des neg. Tastbef. u. Sistieren der Blutg. nach Abrasio und des neg. Ergebn. der A.-Z.-R. keine Op. Wahrsch. präklimakt. Metropathie.

II. Kritische Besprechung.

I.

Die hier mitgeteilten 176 auf Tubargravidität verdächtigen, abradierten und nicht operierten Fälle sollen zunächst nach den Gesichtspunkten besprochen werden, die an die Möglichkeit einer Extrauteringravidität denken ließen, d. i. nach Blutungsanamnese, Beschwerden und früheren Erkrankungen und nach dem objektiven Tastbefund.

1. Blutungsanamnese:

Nach den von Buschbeck angegebenen, für die Blutungsanamnesen bei Tubargravidität 3 charakteristischen Typen lassen sich die 176 Fälle folgendermaßen einteilen:

Typ I.	Amenorrhoe ohne Blutung ex utero:	4 Fälle (2,3%)
Typ II.	Dauerblutung nach verschieden langer Amenorrhoe:	84 Fälle (47,7%)
Typ III.	Um die Zeit der erwarteten Periode atypische Blutung, anschließend blutungsfreies Intervall und dann Dauerblutung:	29 Fälle (16,5%)

59 Fälle (33,5%) konnten nicht in die 3 charakteristischen Typen eingeordnet werden. Nach den von Werth angegebenen, für Tubargravidität typischen Blutungsanamnesen lassen sich von diesen 59 Fällen noch 2 Gruppen trennen.

a)	Beginn einer in Stärke oder Dauer veränderten Blutung zur Zeit der erwarteten Regelblutung:	4 Fälle (2,3%)
b)	Verfrühter Eintritt der Blutung vor Ablauf eines Menstruationsintervalles:	29 Fälle (16,5%)
c)	Die restlichen Fälle zeigten absolut uncharakteristische Blutungsbilder:	26 Fälle (14,7%)

Legt man die von Buschbeck bzw. Werth angegebenen Blutungsanamnesen zugrunde, so war also in 85,3% der Fälle an die Möglichkeit einer Tubargravidität zu denken; in 14,7% ergab die Blutungsanamnese keinen Anhaltspunkt.

2. Beschwerden:

Die anamnestischen Angaben über Beschwerden ergaben: Einseitige Unterbauchschmerzen in 26 Fällen (15%) (% bezogen auf die 176 Fälle); nicht lokalisierte Unterbauchschmerzen bzw. Kreuzschmerzen in 53 Fällen (30%); Beschwerden allgemeiner Art wie Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel, Mattigkeit, Ohnmacht u. a. in 10 Fällen (6%); in 6 Fällen (3%) einseitige Unterbauchschmerzen, zusammen mit Beschwerden alglemeiner Art; und in 8 Fällen (5%) nicht lokalisierte Unterbauchschmerzen mit Allgemeinbeschwerden. Keinerlei Angaben über Beschwerden fanden sich in 73 Fällen (41%).

3. Frühere Erkrankungen:

Die Angaben über frühere Erkrankungen, die für die diagnostischen Überlegungen von Bedeutung sein könnten, ergaben: Tubargravidität in 6 (3%), Appendicitis in 22 (13%), Gonorrhoe in 3 (2%), Abort in 46 (26%), Abrasio in 3 Fällen (2%), Adnexitis. Endometritis, Tuberkulose, Wochenbettfieber in je einem Fall (je 0,6%) (% bezogen auf die 176 Fälle).

4. Tastbefund:

Ich führe hier den Befund der Untersuchung in Narkose an; es sind auch alle diejenigen Fälle eingerechnet, in denen der Adnextumor mit größter Wahrscheinlichkeit als vergrößertes oder zystisch verändertes Ovar etc. aufgefaßt wurde. weil eben dabei leicht der Befund einer Tubargravidität vorgetäuscht werden kann. Es fand sich in 85 Fällen (49%) ein pathologischer Adnexbefund.

Mit folgender Tabelle soll eine zusammenfassende Übersicht über die Blutungsanamnese, Beschwerden und den Tastbefund gegeben werden.

Tabelle 1.

	Blutungsanamnese													
	Typ I *)		Typ II *)		Typ III *)		Gruppe **) a		Gruppe **) b		Gruppe **) c		Summe	
Adnexbefund ***)	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Einseitige Unterbauchschmerzen	1		6	5	2		1		2	4	4	1	16 (9%)	10 (6%)
Nicht lokalisierte Unterbauchschm.	1	1	12	17	7	1		1	4	5	3	1	27 (15%)	26 (15%)
Allgemeinbeschwerden			2		2	1			1	1	1	2	6 (3%)	4 (2%)
Keine Beschwerden			14	24	7	8	1	1	1	6	7	4	30 (17%)	43 (24%)
Einseitige Unterbauchschmerzen u. Allgemeinbeschw.				1		1			2	1	1		3 (2%)	3 (2%)
Nicht lokalisierte Unterbauchschmerzen u. Allgemeinbeschwerden		1	1	2					2			2	3 (2%)	5 (3%)
Summe	2	2	35	49	18	11	2	2	12	17	16	10	85	91
Prozent	1	1	20	28	10	6	1	1	7	10	9	6	48	52

*) Nach Buschbeck, **) Nach Werth.
***) Rubrik 1 = Fälle mit pathologischem Adnexbefund.
Rubrik 2 = Fälle ohne pathologischen Adnexbefund.

Die Tabelle 1 zeigt die Verteilung der Beschwerden und des Tastbefundes auf die nach der Blutungsanamnese gruppierten Fälle. Die Einteilung nach der Blutungsanamnese geschah nach den von Buschbeck aufgestellten Typen I, II und III; die darnach unter „Uncharakteristische Blutung" fallenden Fälle wurden nach dem von Werth angegebenen Schema noch in die 3 oben erwähnten Gruppen a, b. und c unterteilt. In den Rubriken 1 sind diejenigen Fälle aufgeführt, bei denen sich ein pathologischer Tastbefund der Adnexe fand. In den Rubriken 2 die Fälle ohne Tastbefund. Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß in 43 Fällen (24%) kein pathologischer Adnexbefund und keine Beschwerden bestanden und allein wegen der Blutungsanamnese eine Tubargravidität differentialdiagnostisch in Betracht kam. In allen übrigen Fällen wurde der Verdacht durch die Beschwerden oder durch den Tastbefund oder durch beides bestärkt bzw. erweckt.

II. Ergebnis der histologischen Untersuchung des Abrasionsmaterials.

Das Ergebnis der Abrasio kann in 3 Gruppen eingeteilt werden:

1. Sichere intrauterine Gravidität	44 Fälle (25%)
2. Decidua oder fragliche Decidua	32 Fälle (18%)
3. Keine Decidua	100 Fälle (57%)

Ad 1) Sichere intrauterine Gravidität.

Von den seltenen Ausnahmen einer gleichzeitigen, intra- und extrauterinen Gavidität abgesehen, wird durch den histologischen Nachweis einer intrauterinen Gravidität bei 44 Fällen eine Tubargravidität eindeutig ausgeschlossen und somit eine Probelaparotomie in diesen Fällen überflüssig.

ad 2) Decidua oder fragliche Decidua.

In den 32 Fällen, bei denen die histologische Untersuchung des Endometriums eine Decidua oder eine fragliche Decidua ergab, wurde durch die Abrasio der Verdacht der Tubargravidität noch beträkt. Der Ausschluß einer Extrauteringravidität erfolgte in diesen Fällen auf Grund einer Untersuchung in Narkose, wobei der eigentliche Adnextumor nicht bestätigt wurde, bzw. von späteren Kontrolluntersuchungen, wobei kein Wachsen des Tumors festgestellt werden konnte. Von Bedeutung ist in diesen Fällen der Verlauf nach der Abrasio: Ein Sistieren der Blutung, die subjektive und objektive Besserung des Befindens der Patientin konnten zusammen mit dem Tastbefund eine Extrauteringravidität mit größter Wahrscheinlichkeit ausschließen lassen, oder aber die Patientin verweigerte die vorgeschlagene Probelaparotomie.

Die endgültige klinische Diagnose lautete in diesen 32 Fällen auf Grund von Narkoseuntersuchung bzw. nach Beobachtung:

Wahrscheinlich Status post abortum	11 Fälle
Möglichkeit einer abgestorbenen Tubargravidität	4 Fälle
Chronische Salpingitis	3 Fälle
Zystisches Ovar und Blutungen	2 Fälle
Ovarielle Dysfunktion, Metropathie	12 Fälle

ad 3) Keine Decidua.

Zeigt das Endometrium keinerlei sichere oder fragliche Schwangerschaftsumwandlungen, so muß doch stets an die Möglichkeit der vollkommen zurückgebildeten oder ausgestoßenen Decidua gedacht werden. Das Ergebnis „Keine Decidua" besagt deshalb wenig; nach den Dissertationen von Schultes bzw. Bohlander hatte die Abrasio bei 93 operativ erwiesenen Tubargraviditäten in 32 Fällen (34%, bezogen auf die 93 Fälle) „Keine Decidua" ergeben, bei 31 operativ nicht bestätigten Tubargraviditäten ergab die Abrasio in 20 Fällen (65%, bezogen auf die 31 Fälle) „Keine Decidua"; somit von ihren 124 operierten Fällen „keine Decidua" in 52 Fällen (41,9%). Das Abrasionsergebnis der von mir mitgeteilten 100 nicht operierten Fälle, bei denen keine Decidua vorlag, soll noch genauer dargestellt werden; zugleich möchte ich hiebei die endgültige klinische Diagnose anführen, soweit sie sich nicht schon aus dem histologischen Befund ergibt

1. Endometritis — 19 Fälle
   (davon je 1 Fall Endometritis u. Polyp, Endometritis und glanduläre Hyperplasie, wahrscheinlich Status post abortum)

2. Hyperplasie der Schleimhaut — 34 Fälle

Die klinische Diagnose konnte bei 18 Fällen noch dahin ergänzt werden:

Möglichkeit eines Stat. p. ab.	3 Fälle
Hyperplasie und leichte Endometritis	2 Fälle
Evtl. klimakt. Erscheinungen	3 Fälle
Uterus myomatosus	4 Fälle
Adnextumor u. Blutungen	5 Fälle
Tubargravidität nicht sicher ausgeschlossen, auf Grund von Anamnese und Befund. Die vorgeschlagene Operation wurde von Pat. verweigert	1 Fall

3. Tuberkulose der Schleimhaut — 1 Fall

4. Atrophische Schleimhaut . . . . . 6 Fälle

5. Normale Schleimhaut . . . . . 40 Fälle

Die klinische Diagnose ergab bei diesen 40 Fällen:

Wahrscheinlich Stat. p. ab.	5 Fälle
Zystisches Ovar mit Blutung	4 Fälle
Metropathie, ovarielle Dysfunktion	21 Fälle
Uterus myomatosus	1 Fall
Pelveoperitonitis adhäsiva chronika	5 Fälle
Polyp	4 Fälle

Über das Ergebnis der A.-Z.-R. wird weiter unten genauer berichtet. Es sollen jedoch die 3 Fälle mit positiver A.-Z.-R. vor der Abrasio von den 100 Fällen mit dem Abrasionsergebnis „Keine Decidua" besonders angeführt werden. Es wurde in einem Fall die A.-Z.-R. einmal und zwar vor der Abrasio angestellt mit dem Ergebnis: positiv und in 2 Fällen 2mal und zwar vor und nach der Abrasio mit dem Ergebnis: vor der Abrasio positiv, nach der Abrasio negativ. Auf Grund des Ergebnisses der A.-Z.-R. wurde in diesen 3 Fällen die klinische Diagnose auf einen Status post abortum gestellt, die Abrasio hatte einmal Endometritis und 2mal normale Schleimhaut ergeben.

In den 6 Fällen mit atrophischer Schleimhaut wurde durch das Alter der Patientin die klinische Diagnose einer klimakterischen Blutung gesichert; so diente auch in diesen 6 Fällen (3,4%) die Abrasio zum Ausschluß einer Tubargravidität. In den restlichen 94 Fällen (53,6%) mußte der Verdacht auf ektopische Gravidität durch Narkoseuntersuchungen, Kontrolluntersuchungen u. a. ausgeschlossen werden; doch kann gerade in diesen Fällen der Verlauf nach der Abrasio, Sistieren der Blutung, Besserung des Allgemeinbefindens mit weitgehender Sicherheit die Möglichkeit einer Extrauteringravidität ausschließen lassen, besonders noch in dem Zusammenhang mit dem Ergebnis der A.-Z.R, Es muß deshalb der Abrasio in diesen Fällen ein bedingter Wert zugesprochen werden.

Zusammenfassend ergibt sich:

1. Sicherer Ausschluß einer Tubargravidität durch Abrasio in . . . . . 50 Fällen (28,4%)
   und zwar 44 Fälle sichere intraut. Grav.
   6 Fälle atroph. Schleimhaut

2. Verdacht der Extrauteringravidität durch das Abrasionsergebnis noch bestärkt in . . . . . 32 Fällen (18%)
   und zwar 32 Fälle durch Befund von Decidua oder fragliche Decidua

3. Abrasio ergibt keinen Anhaltspunkt für Gravidität, läßt aber eine ektopische Grav. nicht sicher ausschließen in 94 Fällen (53,6%)

und zwar 100 Fälle ohne Decidua abzüglich die 6 Fälle mit atrophischer Schleimhaut.

Es mag noch die Verteilung des Ergebnisses der histologischen Untersuchung des Abrasionsmaterials auf die einzelnen Blutungsgruppen von Interesse sein. Dies soll in folgender Tabelle dargestellt werden.

Tabelle 2.

		Typ			Gruppe			Summe
		I	II	III	a	b	c	
Decidua mit Zotten			32 (18%)	5 (3%)	3 (1,8%)		4 (2,2%)	44 (25%)
Fragliche Decidua		1 (0,6%)	14 (8%)	4 (2,2%)	8 (4,4%)	1 (0,6%)	4 (2,2%)	32 (18%)
Keine Decidua	Endometritis		8 (4,4%)	5 (3%)	5 (3%)		1 (0,6%)	19 (11%)
	Hyperplasie der Schleimhaut		14 (8%)	4 (2%)	5 (2,8%)	1 (0,6%)	10 (5,7%)	34 (19,2%)
	Tuberkulose				1 (0,6%)			1 (0,6%)
	Atrophische Schleimhaut		2 (1%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)		2 (1%)	6 (3,2%)
	Normale Schleimhaut	3 (1,8%)	14 (8%)	10 (6%)	6 (3,2%)	2 (1%)	5 (3%)	40 (23%)

III. Aschheim-Zondek-Reaktion.

Die A.-Z.-R. wurde in 97 Fällen angesetzt, ihr Ergebnis war in 5 Fällen positiv, in 86 Fällen negativ, in 6 Fällen vor der Abrasio positiv, nach der Abrasio negativ. Auf die einzelnen Schleimhautbilder verteilt sich das Ergebnis folgendermaßen:

Tabelle 3.

		Zahl der angestellten A.-Z.-R.	A.-Z. positiv	A.-Z. vor Abrasio pos. nach Abrasio neg.	A.-Z. negativ
Decidua mit Zotten		18	3	1	14
Fragliche Decidua		21	1	3	17
Keine Decidua	Endometr.	14	1		13
	Hyperplasie der Schleimhaut	17			17
	Atrophische Schleimhaut	4			4
	Tuberkulose	1			1
	Normale Schleimhaut	22		2	20

IV. Verfahren nach Gragert.

Nach Gragert besteht eine Verwendungsmöglichkeit von Leukocytenzahl und Senkungsgeschwindigkeit für die Frühdiagnose eines Tubarabortes in sofern als bei Blutverlust zuerst eine Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit auftritt und erst später die posthaemorrhagische Leukocytose in Erscheinung tritt. Ich habe 125 unserer Fälle daraufhin untersucht mit folgendem Ergebnis: In 103 Fällen (59%) waren Leukocytenzahl und Senkungsgeschwindigkeit annähernd normal; in 22 Fällen (13%) bestand eine Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit, in 4 Fällen hievon auch Leukocytose, in einem dieser Fälle ergab die endgültige Diagnose eine Adnexitis gonorrhoischer Natur. In 8 der 22 Fälle mit Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit war eine stärkere Blutung nach außen zu verzeichnen, die diese vielleicht erklären könnte; in den übrigen 13 Fällen konnte für die Leukocytose bzw. Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit kein ursächlicher Faktor ermittelt werden. Besteht bei einem großen Teil der Fälle von Tubarabort eine Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit und normale Leukocytenwerte, bzw. bei schon länger zurückliegendem Abort oder Ruptur auch eine posthaemorrhagische Leukocytose, so würde bei den nach diesem Verfahren untersuchten Fällen nur in 22 an eine Tubargravidität zu denken sein, während das Ergebnis bei 103 Fällen gegen eine Tubargravidität spräche. Es ist jedoch zu bedenken, daß es sich um eine unspezifische Reaktion handelt

und daß dieses Verfahren nur mit großer Kritik für die Diagnose einer gestörten Ektopika verwendet werden darf, was wohl noch mehr für deren Ausschluß zutrifft. In der Literatur liegen nur sehr wenige Erfahrungen über diese Methode vor, sodaß das Verfahren vorerst höchstens als unterstützendes Symptom in einzelnen Fällen zu verwerten ist.

Schlußbetrachtung.

Die Aufgabe meiner Arbeit war, in Ergänzung der von Schultes und Bohlander bearbeiteten abradierten und operierten, auf Tubargravidität verdächtigen Fälle an der Hand der abradierten und nicht operierten, auf Tubargravidität verdächtigen Fälle festzustellen, wieweit durch die Abrasio der Verdacht der Extrauteringravidität ausgeschlossen und damit die Probelaparotomie vermieden werden kann. Ich habe zu diesem Zweck 176 Fälle untersucht, bei denen die Laparotomie nach der Abrasio unterblieben ist. In 6 Fällen wurde die Operation von den Patientinnen verweigert, in diesen 6 Fällen konnte eine Tubargravidität nicht sicher ausgeschlossen werden, bzw. bestand die Möglichkeit einer abgestorbenen Extrauteringravidität. Dem Endergebnis sollen nur die restlichen 170 Fälle zugrunde gelegt werden, bei denen der Verdacht einer ektopischen Gravidität nach der Abrasio durch den mikroskopischen Befund sicher ausgeschlossen oder durch die weitere Beobachtung klinisch nicht mehr aufrechterhalten werden konnte.

Durch das mikroskopische Ergebnis der Abrasio konnte die Möglichkeit einer Extrauteringravidität eindeutig ausgeschlossen werden in 50 Fällen (29%)

Der Verdacht auf Extrauteringravidität wurde durch das mikroskopische Ergebnis der Abrasio bestärkt in 32 Fällen, wenn hievon 5 Fälle abgerechnet werden, bei denen eine Tubargravidität auch bei der Entlassung nicht ausgeschlossen werden konnte, eine Probelaparotomie aber abgelehnt wurde, bleiben 27 Fälle (16%)

Das mikroskopische Ergebnis der Abrasio zeigt keinen Anhaltspunkt für Gravidität, läßt aber die Möglichkeit einer Tubargravidität nicht sicher ausschließen in 94 Fällen; wenn hievon 1 Fall abgerechnet wird, bei dem eine Tubargravidität auch bei der Entlassung nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, eine Probelaparotomie aber abgelehnt wurde, bleiben 93 Fälle (55%)

Die histologische Untersuchung des Abrasionsmaterials hatte ergeben:

1. Sichere intraut. Gravidität in 44 Fällen (26%)

2. Decidua oder fragliche Decidua in 32 Fällen; wenn hievon 5 Fälle abgerechnet werden, bei denen eine Tubargravidität auch bei der Entlassung nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, eine Probelaparotomie aber abgelehnt wurde, bleiben 27 Fälle (16%)

3. Keine Decidua in 100 Fällen, wenn hievon 1 Fall abgerechnet wird, bei dem eine Tubargravidität auch bei der Entlassung nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, eine Probelaparotomie aber abgelehnt wurde, bleiben 99 Fälle (58%)

Durch folgende Tabelle soll die Bedeutung des mikroskopischen Befundes der abradierten Uterusschleimhaut für die Feststellung der Tubargravidität oder deren Ausschluß dargelegt werden. Der Tabelle liegen die Ergebnisse der Dissertationen von Schultes, Bohlander und mir zugrunde. Die nicht eingeklammerten Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf die 124 operierten bzw. 170 nicht operierten Fälle, die eingeklammerten auf alle 294 Fälle.

Tabelle 4.

	Mikrosp. Befund	Sichere Tubar-Gravidität	keine Tubargravidität
124 operierte Fälle	Decidua ohne Zotten	53 = 42,8% (18%)	—
	Fragliche Decidua	8 = 6,5% (2,7%)	1 = 0,8% (0,3%)
	Keine Decidua	32 = 25,8%(10,9%)	20 = 16,1% (6,8%)
	Decidua mit Zotten	—	10 = 8% (3,4%)
170 nicht operierte Fälle	Decidua ohne Zotten	—	6 = 4% (2%)
	Fragliche Decidua	—	21 = 12% (7,2%)
	Keine Decidua	—	99 = 58% (33,7%)
	Decidua mit Zotten	—	44 = 26% (15%)
294 Fälle	Summe	93 (31,6%)	201 (68,4%)

Als Indikation zur Operation verwertbar ist das Abrasionsergebnis „Decidua ohne Zotten" von 124 operierten Fällen bei 53 Fällen = 42,8%. Gegen die Operation verwertbar ist das Operationsergebnis

„Decidua mit Zotten" von 124 operierten Fällen bei 10 Fällen = 8%. Somit war von den 124 operierten Fällen bei 63 Fällen = 50,8% das Abrasionsergebnis zur Diagnose uneingeschränkt verwertbar.

Von den 170 nicht operierten Fällen ließ in 44 Fällen das Abrasionsergebnis „Decidua mit Zotten" eine Tubargravidität ausschließen, d. i. in 26%.

Darnach war von allen 294 Fällen (124 operierte von Schultes und Bohlander und 170 nicht operierte von mir mitgeteilte Fälle) das Abrasionsergebnis bei 107 Fällen = 36,4% für die Diagnose uneingeschränkt verwertbar.

Das Abrasionsergebnis „Fragliche Decidua" bzw. „Keine Decidua" kann für die Diagnose direkt nicht verwendet werden. Dieser Befund fand sich von den 124 operierten Fällen bei 9 bzw. 52 Fällen, d. i. in 49,2%. Bei den 170 nicht operierten Fällen wurde das Abrasionsergebnis „Fragliche Decidua" bzw. „Keine Decidua" bei 27 bzw. 99 Fällen, d. i. in 74% gefunden.

Somit waren bei den 294 Fällen (124 operierte von Schultes und Bohlander und 170 nicht operierte von mir mitgeteilte Fälle) das Abrasionsergebnis in 187 Fällen = 63,6% direkt nicht verwertbar.

Durch das histologische Ergebnis „Keine Decidua" kann zwar eine Tubargravidität nicht sicher ausgeschlossen werden, doch ist gerade in diesen Fällen der Abrasio bedingter Wert zuzuerkennen; bei einer Extrauteringravidität sistiert die Blutung ex utero durch die Abrasio häufig nicht, liegt eine andere Erkrankung vor, so wird der Verlauf nach der Abrasio zusammen mit wiederholten Untersuchungen und dem negativen Ausfall der Aschheim-Zondek-Reaktion den Verdacht einer Tubargravidität ausschließen lassen. Von verschiedenen Autoren wird, wie ich im Teil A berichtet habe, die Forderung aufgestellt, bei negativem Ergebnis der Abrasio, d. h. wenn nicht eine Decidua mit Zotten vorliegt, sofort die Probelaparotomie anzuschließen, dagegen ist zu sagen, daß an der Würzburger Universitätsfrauenklinik keinerlei nachteilige Folgen der Abrasio bei Tubargravidität beobachtet werden konnten, und daß durch das Abwarten des Verlaufes nach der Abrasio, bei negativem histologischem Ergebnis, mancher Patientin die Probelaparotomie erspart werden kann.

Als klinisches Hilfsmittel kann die Probeabrasio gerade in unklaren Fällen, bei denen die übrigen Untersuchungsmethoden versagen, zur frühzeitigen Erkennung des Krankheitsbildes sehr wertvolle Dienste leisten und hiedurch einerseits die rechtzeitige Operation veranlassen, andrerseits mancher Patientin die unnötige Laparotomie ersparen. Eine endgültige Entscheidung ist mit Ausnahme der Fälle, in denen die

mikroskopische Untersuchung des Abrasionsmaterials „Decidua mit Zotten“ ergibt, nur aus dem Gesamtbild möglich, das aus der Blutungsanamnese, der histologischen Untersuchung des Abrasionsmatedials, der A.Z.-R., dem Palpationsbefund (besonders in Narkose) und der Überwachung gewonnen werden kann.

Zum Schluß möchte ich Herrn Professor Dr. C. J. Gauß für die Überlassung des Themas und für die jederzeit bereitwilligste Unterstützung meinen ergebensten Dank aussprechen.

Schrifttum.

1. Amreich, J.: Diag. u. Therapie der extraut. Gr. in den ersten Monaten. Wien. klin. Wchr. 1928 I. S. 385—387.
2. Banki, Z.: Ein sicheres frühdiag. Zeichen der Extrautgr. Zbl. f. Gyn. 1925 Nr. 3 S. 142—145.
3. Beckmann, M.: Zyst. Veränderungen an den Ovarien bei extraut. Grav. und ihre Bedeutung. Wien. med. Wchr. Jg. 75, Nr. 22. S. 1263—1268.
4. Bock, A.: Die Diff. Diag. bei der extraut. Gr. Z. ärztl. Fortbilg. 35 S. 273—282.
5. Bohlander, K.: Über den Wert der Abrasio für die Diag. der Tubargrav. Inaug.-Diss. 1939 Würzburg.
6. Börner, R.: Der anat. Bef. am Uterus als Ausdruck innersekret. Funktion bei lebender und abgestorb. Tubargrav. Z. Geburtsh. 101, S. 763—784.
7. Brakemann: Decidua bei intra- bzw. extraut. Gr. oder dysmen. Membran. Arch. f. Gyn. 1925 Nr. 125, S. 498—99.
8. Buschbeck: Die Blutsanamnese bei Extrautgr. Zbl. Gyn. 1937 Nr. 32, S. 1877—1883.
9. Dražančié, F.: Zur Diff. Diag. von Blutungen bei Extraut. Gr. Zbl. Gyn. 1938. 344—346.
10. Dubourg, G. et R. Mahon: Die Bedeutung der histol. Deciduauntersuchg. zur Diag. der Eileiterschwangersch. Rev. franc. Gynec. 34, S. 43—48.
11. Eisenstädter, D.: Zur Frühdiag. der Extraut. Zbl. Gynäk. 1932 S. 2743—44.
12. Eymer, H.: Die Frühdiag. der Extraut. Gr. Med. Welt 1934, S. 615—619.
13. v. Franqué, O.: Die Früh- und Diff. Diag. und Behandlg. der Extraut. Gr. Med. Klin. 1932 II, S. 989—993.
14. Gragert: Leukocytose und Erythrocytensenkungsgeschwindigkeit bei der Extraut. Gr. und ihre diag. Verwendungsmöglichkeit. Zbl. f. Gyn. 1923 Nr. 45, S. 1723—1735.
15. Granzow, J.: Früh- u. Fehldiag. bei der Extraut. Gr. Dtsch. Med. Wschr. 1936 I S. 13—17.
16. Granzow, J.: Der Wert der Biol. Schwangersch. Reakt. nach A.-Z. für die Klinik der Extraut. Gr. Med. Welt 1935, S. 528—531.
17. Haselhorst, G.: Über Haematinaemie, insbes. ihre Bedeutung für die Extraut. Gr. Zbl. f. Gyn. Jg. 51, Nr. 49, S. 3098—3105.
18. Hellendall, H.: Wichtige Fragen aus dem Gebiet der Eileiterschwangerschaft. Med. Klin. Jg. 19, Nr. 11, S. 341—344.
19. Hellendall, H.: Ein neues Symptom der Extraut. Gr. Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 25, S. 890/91.
20. Höhne, O.: Die ektopische Schwangerschaft. Halban-Seitz VII. 2.
21. Höhne, O.: Klin. Erfahrungen mit den modernen Wehenmitteln. Arch. f. Gyn. 1925 CXXV. S. 356—358.
22. Koch, K.: Der diag. Wert der Wagnerschen Probe bei Extraut. Gr. Zbl. f. Geb. 116, S. 133—135.
23. Korotkin, N.: Die Autohaemoinjektionsprobe als eine Meth. der Diff. Diag. zwischen unterbrochener Extr. ut. Grav. und Entzündungsprozeß. Akus. i. Ginek. Nr. 5, S. 575—579.

24. Meyer, F.: Die Extraut. Gr. in der Zeit vom 1. 1 21 bis 1. 7. 25 an der Univ.-Frauenkl. Würzburg. Inaug.-Diss. 1926.
25. Pankow, O.: Diag. u. Behandl. der Tubargr. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 26.
26. Schiller, W.: Über Decidua ohne Schwangerschaft. Zbl. f. Gyn. 1924 Nr. 46 S. 2529—2536.
27. Schneider, H.: Die Bedeutung der decidualen Umwandlg. der Uterusschleimhaut für die Diag. der Extraut. G. Zbl. Gynäk. 1937, S. 2381—2388.
28. Schultes, W.: Über die diag. Verwertung der Abrasio bei Verdacht auf Tubargr. Inaug.-Diss. 1933 Wzbg.
29. Solowij A.: Über ein Frühsymptom der Extraut. Gr. Zbl. f. Gyn. 1912 Nr. 5, S. 134—136.
30. Solowij, A.: Ein weiterer Wink zur Verfeinerung der Diagnose der Extraut.-Gr. Zbl. f. Gyn. 1916 Nr. 44 S. 858—864.
31. Sonnenfeld, I.: Intakte Tubargr. trotz intraut. Eingriffs u. wiederholter bimanueller Untersuchungen nebst Bemerkungen zur Diag. der Tubargr. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1913 XXXVII, S. 179/182.
32. Stöckel: Lehrbuch für Geburtshilfe.
33. Then Berge, B. S.: Diag. Schwierigkeiten bei der Extraut. Schwangersch. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1933, S. 2327—2330.
34. Wagner, G. A.: Zur Diff. Diag. der Extraut. Gr., zugleich ein Beitrag zur Frage der sog. ovariellen Blutg. Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 29, S. 781—782.
35. Zeitlin, L.: Probepunktion des hinteren Douglas bei Extraut Gr. Mon. f. Geb. un. Gyn., Bd. 72 H. 3/4 S. 168—183.

Lebenslauf.

Am 18. 8. 1914 bin ich in Göggingen bei Augsburg geboren. Nach vierjährigem Besuch der Volksschule kam ich in das humanist. Gymnasium bei St. Anna in Augsburg Im Frühjahr 1934 genügte ich meiner Arbeitsdienstpflicht. Im November 1934 begann ich das medizinische Studium in Tübingen, wo ich dann im Frühjahr 1937 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Die klinischen Semester studierte ich an den Universitäten Breslau, Berlin und Würzburg. Auf Grund der Kriegsverordnung erhielt ich am 13. Oktober 1939 meine Bestallung.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, außer der angeführten Literatur und der Krankengeschichte der Universitätsfrauenklinik Würzburg, die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe ausgeführt zu haben.